

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

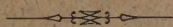
le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le jeudi 9 juin 1898, à 1 heure

PAR

Maurice LEMOINE

Né à Mortagne (Orne), le 29 Décembre 1866

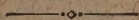


CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE

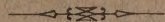
CHEZ LE VIEILLARD



Président : M. DEBOVE

Juges : MM. { RAYMOND
CHARRIN
GILLES DE LA TOURETTE

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical*



PARIS

Librairie Paul DELMAR

29 — rue des Boulangers — 29

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

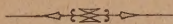
le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le jeudi 9 juin 1898, à 1 heure

PAR

Maurice LEMOINE

Né à Mortagne (Orne), le 29 Décembre 1866

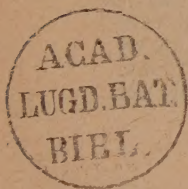
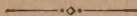


CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE

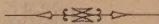
CHEZ LE VIEILLARD



Président : M. DEBOVE

Juges : MM. { RAYMOND
CHARRIN
GILLES DE LA TOURETTE

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical



PARIS

Librairie Paul DELMAR

29 — rue des Boulangers — 29

1898

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Chimie organique et chimie minérale		GAUTHIER.
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE.
		DIEULAFOY.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
Maladie des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophtalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchement		BUDIN.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

M. N...

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARCAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLE DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	HEIM.	KETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LEJARS.	REMY.	WIDAL.
DELBET.	LETULLE.	RICAR D	WURTZ.
	MARFAN.	ROGER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DEBOVE

Médecin de l'Hôpital Beaujon

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, c'est pour nous un devoir de remercier tous ceux qui, à Caen comme à Paris, à la Faculté et à l'Hôpital ont été nos maîtres. L'obligation nous est particulièrement douce envers M. le docteur Gombault médecin de l'Hospice d'Ivry, qui nous a fourni le sujet de ce travail et nous a toujours aidé dans nos recherches avec la plus entière bienveillance. Qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de notre très sincère reconnaissance.

Que M. le professeur Debove, veuille bien accepter tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE ET GÉNÉRALITÉS

On comprenait autrefois sous le nom de pleurésie une douleur vive siégeant dans un des côtés de la poitrine et son étude en était confondue avec celle de la pneumonie (Grisolle). Aussi son histoire clinique n'est-elle que d'une date relativement récente puisque ce ne fut que grâce aux immortels travaux de Laennec sur l'auscultation, en 1810, que la pleurésie put prendre dans le domaine de la pathologie la large place qui lui appartient. Depuis, de nombreux auteurs se sont attachés à son étude, mais si complète qu'elle soit, elle n'en est pas moins, encore à l'heure actuelle, l'objet de nombreuses discussions. Vouloir citer les noms et les opinions de tous, serait, non seulement nous exposer à des omissions graves, mais aussi nous faire dévier du but que nous nous sommes proposé.

Si petit qu'il soit dans l'histoire de la pleurésie, le chapitre de la pleurésie des vieillards n'en a pas moins attiré l'attention de quelques cliniciens au nombre desquels nous devons citer Cruveilhier (dict. de médecine et de chirurgie pratique, art. pleurésie). — Andral (cliniques médicales tome IV). — Chomel (dict. de médecine). — Beau (études cliniques sur les maladies des vieillards, 1843). — Durand-Fardel (traité des maladies des vieillards, 1854). — Grisolle

(pathologie interne et suppl. au dict. des dict. art. vieillesse).
— Louis. — Valleix. — Gillette, etc. etc.

Parmi les travaux les plus récents, nous devons mentionner ceux de Boisseuil (Th. Paris 1876, études sur la pleurésie des vieillards). — Philippeau (Th. Paris 1877, études sur la pleurésie primitive des vieillards). — Jaurand (Th. Paris 1881, de la pleurésie des vieillards). — Helleu, (Th. Paris 1884, de la pleurésie franche et primitive chez le vieillard). Tous à l'exception de Jaurand, laissèrent de côté les pleurésies secondaires, quoique les plus fréquentes, pour ne s'occuper que de la pleurésie franche, primitive.

Pour notre part, nous étudierons dans ce travail les pleurésies dites secondaires avec épanchement séro-fibrineux, cette forme clinique étant de toutes la plus fréquente chez le vieillard.

Influence de l'âge sur l'organisme

De la naissance à la mort, l'organisme subit une série de transformations successives qui font varier les conditions de l'existence chez l'enfant, l'adulte et le vieillard. Il est bien difficile de fixer par le nombre des années, l'époque à laquelle apparaissent ces différentes transitions variables d'ailleurs avec chaque individu. Nous avons considéré comme appartenant à notre sujet, tous les cas qui se sont présentés chez des gens de 60 ans et au-delà, nous conformant ainsi à un usage établi qui fait de cet âge le début de la vieillesse.

A 60 ans en effet, sont intervenus les principaux facteurs modifiant la pleurésie de l'adulte et produisant le type clinique que nous étudions. D'une part, les vieillards sont pour ainsi dire à l'abri de toute une catégorie d'affections, celle des fièvres éruptives, fièvre thyphoïde, etc. Par une première atteinte, par un séjour dans le milieu de

contagion, ils ont acquis une immunité tout au moins relative ; on rencontrera donc rarement chez eux les formes pleurétiques dont se compliquent souvent ces maladies. Par contre, il semble que pour des raisons diverses le poumon devient plus vulnérable.

Ce qui semble dominer dans la pathologie des vieillards, c'est un ensemble de modifications organiques consistant dans une induration généralisée des parois artérielles, dans une diminution de volume de la substance rénale comportant comme conséquence l'hypertrophie cardiaque. C'est en somme la vieillesse qui fournit le plus gros contingent à cette catégorie de malades qui ont été dénommés les cardio-rénaux. C'est aussi cet ensemble de modifications qui paraît influencer d'une façon prépondérante les formes de pleurésie que l'on observe chez le vieillard. Les plus fréquentes en effet consistent en des épanchements séro-fibrineux, se produisant soit en conséquence de la gêne de la circulation centrale (hydrothorax unilatéral?), soit en conséquence de lésions pulmonaires nettement caractérisées quelquefois (infarctus), mais le plus souvent n'étant que des inflammations bâtarde. Il est à remarquer en effet que si la pneumonie franche est fréquente chez le vieillard, la pleurésie métapneumonique est relativement rare et en tous cas se comporte comme chez l'adulte, aussi nous n'en parlerons pas.

ETIOLOGIE

Dans ce chapitre nous nous sommes proposé l'étude des causes connues de la pleurésie primitive et de la pleurésie secondaire, mais il nous a paru utile auparavant d'examiner la fréquence de cette affection par rapport aux autres maladies des vieillards, de passer en revue les conditions diverses qui la font varier à savoir le sexe et les saisons. Nous avons également pensé pouvoir placer à la fin de ce chapitre une étude sur la proportion relative de chaque nature d'épanchement.

1^o. — *De la fréquence de la pleurésie par rapport aux autres maladies des vieillards :*

Dans un mémoire à l'Académie royale de médecine, Prus (1) établit la statistique des maladies séniles. Pendant trois années consécutives et sans interruption, du 1^{er} octobre 1832 au 1^{er} octobre 1835, à l'hospice de Bicêtre, il a enregistré 1075 affections séniles : 685 malades sont sortis guéris ou soulagés ; les 430 décès ont été suivis d'une autopsie rigoureuse et il les classe lui-même de la façon suivante :

149 vieillards sont morts de maladies des organes de la respiration.

(1) Prus. — Mémoires de l'Académie royale de médecine, tome VIII 1840, Recherches sur les maladies de la vieillesse.

101 sont morts de maladies des centres nerveux.

64 — — de la circulation.

49 — — du tube digestif.

8 — — du foie.

19 — — des affections diverses.

Il établit ensuite la fréquence des maladies des organes de la respiration qui ont déterminé la mort :

77 pneumonies.

26 pleurésies.

18 phtisies tuberculeuses.

10 asthmes.

8 bronchites.

4 engouements pulmonaires.

2 asphyxies par météorisme abdominal, à la suite d'indigestion.

1 laryngite.

1 cancer du larynx.

1 granulation cartilagineuse du poumon.

Pendant le même espace de temps, 685 malades sortis guéris ou soulagés se divisaient en :

216 maladies des organes respiratoires.

151 — des centres nerveux.

141 — du tube digestif.

54 — de la circulation.

22 — de la peau.

98 — diverses.

Les maladies des organes respiratoires comprenaient :

92 bronchites.

49 pneumonies dont 24 à gauche, 22 à droite et 3 doubles.

27 pleurésies dont 24 simples, 5 avec épanchement et une avec fracture de plusieurs côtes.

26 asthmes dont 15 avec emphysème pulmonaire.

6 angines.

- 5 phtisies pulmonaires tuberculeuses.
- 2 dyspnées non périodiques et sans cause organique appréciable.
- 3 pleuro-pneumonies droites.
- 2 congestions pulmonaires intenses.
- 2 tours convulsives dont une simulant la coqueluche.
- 1 œdème du poumon.

Nous pouvons donc conclure d'après le rapport de Prus que les maladies des organes respiratoires sont de beaucoup les plus fréquentes à cet âge et que, parmi les affections qui ont le plus souvent entraîné la mort, la pneumonie et la pleurésie doivent occuper le premier rang. Cependant nous ferons remarquer que la totalité des pleurésies observées par Prus, nous paraît peu élevée, et il est probable qu'il a passé sous silence les pleurésies secondaires, rapportant la mort du malade à la cause primitive.

20. — *Fréquence de la pleurésie par rapport au sexe :*

Tous les auteurs reconnaissent la plus grande fréquence de la pleurésie chez l'homme que chez la femme. C'est ainsi que nous trouvons dans :

Th. de Boisseuil	9 hommes	1 femme
Philippeau	10 —	3 —
Jaurand	21 —	10 —
Helleu	6 —	3 —
Müller	4 —	1 —

Enfin, nous-mêmes sur 12 pleurésies que nous avons observées, nous avons constaté :

8 fois chez l'homme.

4 fois chez la femme.

Cette fréquence présente donc les mêmes variations chez le vieillard que chez l'adulte.

3°. — *De la fréquence de la pleurésie par rapport au siège.*

	Droite	Gauche	Doubles
Thèse de Jaurand	16	9	6
— Helleu	6	3	0
— Muller	3	2	0
— Philippeau	4	8	1

Sur les 12 cas que nous avons observés, nous avons constaté :

6 fois à droite.

4 fois à gauche.

2 doubles.

4°. — *De l'influence des saisons.*

« Les hivers humides abondent en catarrhes, les hivers secs abondent en pleurésies et en pneumonies. »

(Cruveilhier) (1).

5°. — *De la fréquence de la pleurésie par rapport à l'âge.*

Ainsi étudiée, moins fréquente que la pneumonie, plus fréquente chez le vieillard du sexe masculin et plus fréquente en hiver, la pleurésie avec les caractères que lui imprime la déchéance physiologique de l'individu frappé est-elle à la vieillesse plus ou moins fréquente qu'aux autres âges ?

Nous plaçant au point de vue purement clinique, et appelant pleurésie primitive celle qui apparaît chez un individu en bonne santé, comme accident initial, pleurésie secondaire celle qui se révèle chez un individu déjà malade, nous pouvons dire : primitive elle est plus rare qu'à l'âge adulte, secondaire elle est plus fréquente.

(1) Cruveilhier. — Dict. de Médecine et de chirurgie pratiques art. pleurésie 1835 p. 284.

Pleurésie primitive

La pleurésie primitive, rare chez les jeunes enfants, augmente de fréquence à partir de l'âge de cinq ans et atteint son maximum chez l'adulte ; chez le vieillard, elle redevient rare, à mesure qu'augmente la prédisposition à la pneumonie.

Les auteurs qui ont publié des travaux sur la pleurésie des vieillards, font remarquer la rareté de la pleurésie franche primitive, à cet âge.

Beau a observé dans son service de femmes à la Salpêtrière que « la pleurésie simple, non compliquée, est une affection beaucoup plus rare et beaucoup plus grave chez les vieilles femmes que chez les adultes. L'épanchement pleurâl, ajoute-t-il, n'est jamais considérable, néanmoins « jusqu'à présent, je n'en ai vu résorber aucun. Sur cinq cas « que j'ai observés, libres de toute complication, toujours la « malade a fini par y succomber (Beau) (1)

Durand-Fardel, exprime la même opinion.

« Nous n'avons nous-même rencontré la pleurésie que « rarement, surtout à l'état simple, chez les vieillards. Ne « peut-on pas se demander si les adhérences ordinairement « nombreuses et souvent très serrées, si les épaissements « de la plèvre que les vieillards présentent presque tous, ne « seraient pas la principale cause de la rareté de ces « pleurésies (Durand-Fardel) (2).

Gillette (3) signale la rareté de la pleurésie chez les vieillards et déclare même ne pas l'avoir rencontrée autrement que comme complication de la pneumonie.

Valleix (4) ne connaît pas d'exemple de pleurésie

(1) Beau. Journal de médecine 1843.

(2) Fardel. — Traité des maladies des vieillards, Paris 1854 p. 627.

(3) Gillette. — Supplément au Dictionnaire des Dictionnaires, Art. vieillesse, p. 892.

(4) Valleix. — Guide du médecin praticien, Paris 1850 T. I. p. 546.

primitive chez le vieillard et dit n'en avoir observé qu'un cas pendant son séjour à la Salpêtrière.

Sur ces cas de pleurésie consécutive à un infarctus et rapporté à la Société anatomique par M. Debove, alors interne, le professeur Charcot émet cette opinion : Ce fait, « dit-il est en exemple de pleurésie secondaire consécutive « à un infarctus pulmonaire. C'est là presque une règle chez « les vieillards ; à cet âge la pleurésie aiguë primitive est « l'exception. » (Charcot) (1).

Pour le professeur Strauss (2), la pleurésie franche est rare chez le vieillard et elle est particulièrement grave.

Il en rapporte une observation à la Société médicale des hôpitaux et proclame les bons résultats de la thoracentèse.

Malgré cette grande rareté de la pleurésie franche primitive chez les vieillards, quelques auteurs comme Philippeau, Jaurand, Helleu, décrivent des formes et des variétés de ces pleurésies primitives.

Cruveilhier déclare que « rien n'est plus fréquent que les « pleurésies latentes chez les vieillards. »

Cependant, par pleurésies latentes il faut croire qu'il désigne ainsi les pleurésies secondaires, car il ajoute : « Un « grand nombre de vieilles femmes de 80 à 90 ans qu'on « croît mourir de vieillesse meurent de pleurésie latente, et « chez elles, la pleurésie comme la pneumonie occupe sur- « tout la région dorsale à laquelle elle est souvent limitée. » (Cruveilhier). (3)

En résumé, il y a des pleurésies dites primitives chez les vieillards, mais elles sont moins fréquentes que chez l'adulte. Dans les deux cas les causes de ces pleurésies primitives sont les mêmes, aussi nous conserverons leur

(1) Charcot. — Bulletin de la Soc. Anat. Avril 1873. p. 295.

(2) Strauss. — Soc. méd. des hôp. 25 mai 1877.

(3) Cruveilhier. — Art. Pleurésie du Dict. en 30 volumes.

division en pleurésies primitives dites à frigore, en pleurésies rhumatismales et en pleurésies traumatiques :

1^o Pleurésie primitive dite à frigore.

Le froid est une des causes les plus anciennement admises dans l'étiologie de ces pleurésies. Beaucoup de malades, même atteints de pleurésies secondaires, y rattachent l'origine de leur épanchement.

La question de l'influence du froid sur la genèse de la pleurésie primitive comporte chez le vieillard les mêmes discussions et les mêmes incertitudes que lorsqu'il s'agit de l'adulte. Tout au plus pourrait-on admettre que le vieillard est plus sensible au froid et alors si le froid est une cause de pleurésie elle doit le frapper plus souvent que l'adulte.

Cependant en ce qui concerne l'adulte, l'action du froid a été contestée et on a considéré la majorité des pleurésies dites à frigores comme étant des pleurésies tuberculeuses.

Pour le professeur Landouzy (1) « 98 0/0 des pleurésies « dites à frigore sont fonction de tuberculose apparente ou « cachée.

MM. Kelsch et Vaillard (2) ont constaté chez des malades morts accidentellement au cours de leur pleurésie, primitive en apparence, la présence sur la séreuse de fines granulations miliaires se détachant à peine de la surface de la membrane et seulement visibles sur des sections perpendiculaires à la plèvre.

Netter (3) s'exprime de la façon suivante : « Nous « pouvons affirmer que les pleurésies séro-fibrineuses dites « primitives sont liées à la tuberculose au moins 68, 57 fois « sur cent. »

(1) Landouzy. — De la pleurésie dite à frigore. — Revue de Médecine 1886, p. 611.

(2) Kelsch et Vaillard. — Arch. de physiologie 1886.

(3) Netter. — Soc. méd. des hôp., 17 avril 1891, p. 176. Recherches expérimentales sur la nature des pleurésies séro-fibrineuses.

MM. Chauffard et Gombault (1) en inoculant de la sérosité pleurétique dans le péritoine des cobayes ont pu constater des lésions tuberculeuses dans plus des 3/5 descas.

Talamon (2) reconnaît le bacille de Koch comme cause fréquente de pleurésie séreuse primitive mais il admet que d'autres organismes tels que le streptocoque puerpéral et le diplocoque lancéolé peuvent aussi déterminer en se greffant d'emblée sur la séreuse pleurale une pleurésie fibrineuse soi-disant idiopatique. Pour lui, toutes les pleurésies à frigore seraient infectieuses.

Nous pourrions augmenter le nombre de ces citations, mais nous préférons renvoyer à la thèse de M. le docteur Le Damany (3) qui dans son travail, les a groupées avec soin.

Citons encore cependant le professeur Germain Sée (4) pour lequel les 3/4 des pleurétiques sont des tuberculeux :
« Le froid n'est pas à proprement parler une cause de
« pleurésie ; il est probable qu'il favorise le développement
« de l'inflammation pleurale en permettant à la cause réelle
« d'agir plus rapidement et plus efficacement, mais c'est là
« tout ce qu'on peut concéder. »

D'autres auteurs, de leur côté, affirment l'existence de pleurésies à frigore.

Dreyfus-Brissac (5) dit : « Bien que certaines pleurésies
« séro-fibrineuses, dites à frigore, soient certainement de
« de nature tuberculeuse, il n'est pas probable qu'il en soit
« ainsi de la majorité. »

(1) Chauffard et Gombault, — Etudes expérimentales sur la virulence tuberculeuse de certains épanchements de la plèvre et du péritoine. — Soc. méd. des hôp. 8 août 1884, p. 309.

(2) Talamon. — Études microbiennes des pleurésies fibrino-séreuses. — Médecine Moderne 6 novembre 1890, p. 859.

(3) Le Damany. — Pleurésies séro-fébrineuses. — (24 Paris 1897).

(4) Germain Sée. — Maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon, t. II, 1885.

(5) Dreyfus-Brissac. — Soc. méd. des hop., 3 avril 1894.

Dans une de ses cliniques, le professeur Potain (1) s'exprime ainsi : « Il y a des pleurésies à frigore et la « majorité des pleurésies n'est pas causée par la tuberculose. »

Lancereaux (2) écrit : « Il faut retrancher toutes les « pleurésies secondaires et les rattacher à la maladie « causale pulmonaire, cardiaque, ou rénale, et ne conserver « qu'un seul type la pleurésie primitive essentielle à frigore « fièvre pleurétique.

« Quoique certains auteurs aient écrit dans ces « dernières années, je tiens son existence aussi réelle que « celle de la pneumonie ou fièvre pneumonique, à laquelle « elle peut d'ailleurs être comparée. »

En résumé, il semble que tout ce qu'on doit concéder au froid comme rôle, c'est de favoriser l'action des causes susceptibles de produire les pleurésies primitives ou secondaires. Il intervient donc seulement comme cause occasionnelle.

2^o Pleurésie primitive dite rhumatismale.

On a décrit des pleurésies rhumatismales primitives, c'est-à-dire des pleurésies apparaissant et évoluant indépendamment de toute fluxion articulaire et de toute cardiopathie. Nous n'en contestons pas l'existence, mais nous n'en avons pas trouvé d'observation chez le vieillard. La polyarthrite fébrile est très rare à cet âge ou l'on observe plutôt des poussées aiguës au cours de rhumatisme chronique. Aussi une origine secondaire de cette forme de pleurésie nous paraîtrait plus acceptable.

Toutes les fois que l'on verra survenir une pleurésie

(1) Potain. — Bulletin médical 24 décembre 1890. — Diagnostic des pleurésies latentes et des pleurésies secondaires.

(2) Lancereaux. — Bulletin médical, 28 septembre 1890. — Clinique médicale. Les Pleurésies.

chez un vieillard atteint de rhumatisme chronique, on devra songer bien moins à une pleurésie rhumatismale primitive qu'à une pleurésie consécutive à une infection pulmonaire.

3^o Pleurésie primitive traumatique.

Le traumatisme peut produire chez le vieillard comme chez l'enfant et l'adulte des pleurésies primitives. On a signalé des pleurésies à la suite de fractures de côtes. Malgré la présence de ces fractures spontanées dans la vieillesse nous n'avons pas de documents à fournir sur les caractères spéciaux de ces pleurésies séniles.

Les pleurésies primitives, soit à frigore, soit rhumatismales, soit traumatiques, sont donc rares chez les vieillards.

Pleurésie secondaire.

L'étiologie de ces pleurésies présente chez le vieillard quelques différences avec celle des pleurésies de l'adulte. C'est ainsi que certaines affections comme les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde etc., fréquentes chez l'adulte et l'enfant sont chez le vieillard d'une excessive rareté.

Nous avons déjà insisté d'autre part sur ce fait que l'âge plaçait le vieillard dans des conditions spéciales auxquelles il convient de faire remonter la cause de ces pleurésies.

L'organisme est en état de déchéance profonde et ses appareils sont profondément altérés. Les reins sont atrophies, le cœur forcé est facile aux défaillances, la circulation pulmonaire est mal assurée et les poumons frappés déjà de sénilité sont encore atteints le plus souvent d'affections chroniques : bronchite, sclérose, dilatation des bronches etc. — Tout concourt à un état d'infériorité qui facilitera évidemment l'entrée aux infections.

Le plus souvent ce sont des infections pulmonaires disséminées, des pneumonies bâtarde, des infarctus

septiques mal caractérisés, partant souvent ignorés, et aussi des infarctus véritables reconnaissables facilement à leurs signes cliniques. En provoquant un œdème inflammatoire de la plèvre, en apportant à cette plèvre l'élément morbide, ces infections sont la cause des pleurésies secondaires. Cette cause peut être méconnue ; il suffit pour cela que les foyers d'infection soient petits et disséminés, par là même d'un diagnostic clinique presque impossible. Ils donnent malgré tout naissance à un épanchement séro-fibrineux lequel constituant le premier accident clinique est fatalement rattaché à une pleurésie primitive.

Quelquefois aussi l'infection primitive est massive, c'est la pneumonie, la tuberculose locale du poumon. Pour la pneumonie le fait est rare. En effet dans les cas de pleurésie observés par Grisolle (1) au cours ou à la suite d'une pneumonie, les $\frac{2}{3}$ des malades avaient de 18 à 30 ans, tous les autres moins de 50 ans et deux seulement avaient dépassé cet âge. Pour ce qui est de la tuberculose locale du poumon, elle semble n'entraîner à sa suite qu'une pleurésie adhésive.

A cette énumération des causes, nous devrions encore en ajouter quelques-unes capables de produire des pleurésies secondaires telles sont les pleurésies cancéreuses consécutives à un cancer, primitif ou secondaire lui-même de la plèvre ou du poumon, les pleurésies à la suite d'ouverture d'abcès dans la plèvre, les pleurésies consécutives à des lésions du foie (Hanot), de la rate etc. Toutes ces pleurésies sont exceptionnelles, ne présentent rien de spécial chez le vieillard, aussi nous laisserons de côté leur histoire clinique, d'autant que l'épanchement n'est pas le plus souvent de nature séro-fibrineuse et que la pleurésie se trouve reléguée

(1) Griselle. — Traité de pathologie interne. Paris 1865, p. 32 t. II.

au second plan par suite de la gravité de la maladie primitive, comme dans l'infiltration cancéreuse.

Nous bornerons leur étude au rapport de fréquence que peuvent présenter ces différentes causes entre elles en les comparant aux pleurésies que l'on observe chez les cardio-rénaux.

La thèse de Jaurand est le seul document sur lequel nous avons pu établir cette proportion, mais nous devons faire remarquer que les 31 cas de pleurésie rapportés par l'auteur n'ont été rassemblés par lui que dans l'intérêt de son travail, que ne les ayant pas tous rencontrés lui-même, il a été forcé de les rechercher ailleurs et de faire une sélection... Quoiqu'il en soit, toutes ces réserves étant faites, nous pouvons les répartir ainsi :

19 pleurésies chez les cardio-rénaux.

4 — métapneumoniques.

3 — tuberculeuses.

1 — cancéreuse.

1 — traumatique.

Pour notre part, et de même que Jaurand, nous n'avons pas observé nous-même de pleurésies cancéreuses ni de pleurésies traumatiques. Les quelques cas de pleurésie que nous rapportons sont ceux qui se sont présentés à l'hospice d'Ivry du 1^{er} janvier au 1^{er} mai 1898. Nous les classons ainsi :

10 cas de pleurésie chez des cardio-rénaux.

1 pleurésie métapneumonique.

1 — pleurésie d'apparence primitive (tuberculose probable ?).

Les pleurésies observées chez les cardio-rénaux constituent donc la majorité des pleurésies séniles.

Continuant nos recherches, nous allons maintenant

tâcher de démontrer que ces pleurésies séniles sont en grande partie des épanchements séro-fibrineux.

De la nature des épanchements pleuraux séniles et de leur rapport de fréquence.

Les épanchements pleuraux séniles peuvent être divisés comme chez l'adulte en :

Épanchements séreux ou séro-fibrineux.

— hémorrhagiques.

— purulents.

Dans la thèse de Jaurand dont nous avons déjà parlé, nous trouvons 31 cas de pleurésie, qui peuvent être divisés, selon la nature de l'épanchement, en :

21 épanchements séreux ou séro-fibrineux.

4 — hémorrhagiques.

4 — purulents.

Cette statistique nous montre la fréquence des épanchements séro-fibrineux chez le vieillard, par rapport aux autres formes d'épanchement. Nous l'avons nous-même remarqué dans nos observations personnelles que nous pouvons classer en :

12 épanchements séreux ou séro-fibrineux.

0 — hémorrhagique.

0 — purulent.

Sans vouloir insister sur ces deux dernières formes, nous ferons remarquer leur rareté et en particulier des épanchements purulents que d'ailleurs comme Jaurand, nous n'avons pas observé nous-même chez le vieillard.

Cette remarque nous a amenés à rechercher le rapport de fréquence de cette forme purulente aux différents âges de la vie et c'est ainsi que nous avons établi le tableau suivant d'après les différents auteurs que nous avons pu consulter :

AUTEURS.	jusqu'à 10 ans	de 10 à 20 ans	de 20 à 30 ans	de 30 à 40 ans	de 40 à 50 ans	de 50 à 60 ans	de 60 à 70 ans	au-dessus de 70 ans
Ahoud (Th. Paris 1878)	1	2	4	5	0	0	0	0
Robert (Th. Paris 1881)	2	6	7	3	4	1	0	0
Guinard (Th. Paris 1884)	0	2	5	2	0	0	0	0
Courtois-Suffit (Th. Paris 1891) . . .	6	3	27	14	6	2	2	0
Prat (Th. Paris 1891)	0	3	6	2	0	0	0	0

Nous pouvons donc conclure que d'après ces documents les pleurésies purulentes sont rares chez le vieillard et pour contribuer à cette statistique nous ajouterons que depuis plus de six ans aucun cas de pleurésie de cette nature n'a été signalé dans le service de M. le docteur Gombault à l'hospice des vieillards d'Ivry.

Il résulte donc de tout cet aperçu étiologique que chez les vieillards :

1° Les pleurésies primitives ou d'apparence primitive sont rares.

2° Les pleurésies secondaires sont les plus fréquentes et on les observe le plus souvent chez les cardio-rénaux.

3° Les épanchements séreux ou séro-fibrineux sont la règle et les épanchements purulents sont d'une extrême rareté.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Qualité du liquide épanché. — Nous venons d'établir la fréquence des épanchements séreux ou séro-fibrineux.

Les épanchements hémorrhagiques sont moins rares que les épanchements purulents; mais il y a lieu de faire quelques distinctions dans ces épanchements. On peut, en effet, rencontrer des épanchements vraiment sanglants. Ces formes n'offrent rien de spécial chez le vieillard et sont, en général, sous la dépendance d'un cancer.

On peut observer des liquides teintés de sang. Dans ces cas, la présence de ce sang n'a pas de signification bien précise: elle indique une plèvre chroniquement enflammée et l'existence de néomembranes dont les jeunes vaisseaux se sont rompus.

Elle peut tenir aussi à une de ces ruptures vasculaires si fréquentes chez le vieillard et provoquée, soit par une congestion trop intense, soit par la ponction.

D'ailleurs, le professeur Dieulafoy (1) a écrit: « Il n'y a « pas de pleurésie si bénigne qu'elle soit qui ne renferme « moins de 1,200 globules rouges par millimètre cube, mais « il peut y en avoir 4,500 et plus sans que la coloration soit

(1) Dieulafoy. — *Soc. Méd. des hôp.*, 27 juillet 1877.

« sensiblement modifiée et que le liquide prenne une teinte « rosée... »

Restent les épanchements séro-fibrineux qui forment la grande majorité.

Le liquide est, en général, peu abondant, de 1,000 à 1,500 gr. Retiré par la ponction, il se coagule donnant lieu à la formation d'un caillot plus ou moins consistant suivant la quantité de fibrine qu'il renferme, laquelle démontre la nature inflammatoire du processus.

De plus, nous avons mesuré les densités dans nos observations, elles variaient de 1,012 à 1,020. Dans l'une d'elles, il s'agissait d'une pleurésie double, il fallut entre les deux ponctions exploratrices débarrasser l'aiguille du caillot qui l'oblitérait. (Obs. III.)

Ce n'est donc pas la densité de liquides purement séreux, et les auteurs qui se sont occupés de la question sont d'accord pour considérer ces liquides comme étant de provenance inflammatoire.

MM. Mehu et Lemoine, qui ont particulièrement étudié la nature des épanchements pleuraux, ont montré que toutes les fois que le liquide, à 15° C, a une densité supérieure à 1,005 et que le poids de son résidu sec dépasse 50 gr. par kilo, il ne s'agit plus d'hydrothorax.

M. Bucquoy (1) a écrit, d'ailleurs : « Les épanchements « rangés sous le nom d'hydrothorax ne sont souvent que des « pleurésies secondaires survenues dans le cours de la « cachexie cardiaque et concurremment avec les hydropy- « sies qui en marquent la période ultime ».

Enfin, notre opinion sera confirmée par l'étude de la plèvre, car dans l'hydrothorax, ainsi que l'a écrit le profes-

(1) Bucquoy. — *France Médicale*, 25 novembre 1882. Les Pleurésies dans les maladies du Cœur.

seur Jaccoud, « elle n'est modifiée, quand elle l'est, que par « macération ou par imbibition ».

Etat de la plèvre. — La plèvre a perdu son poli; elle a une teinte jaunâtre parce qu'elle est recouverte par une membrane qu'on enlève facilement par le râclage; c'est l'exsudat fibrineux. Au-dessous de cet exsudat, tantôt la surface de la plèvre est lisse, rouge; et, selon le degré de l'inflammation, on y remarque, soit un pointillé, soit des arborisations vasculaires; tantôt si la pleurésie a eu une longue durée, cette surface est dépolie, recouverte de saillies qui ne sont autres que des néo-membranes.

Les deux feuillets de la plèvre sont unis entre eux par des adhérences celluleuses, plus ou moins lâches, reliquat de pleurésies anciennes. Cette union peut être telle qu'il y a symphyse. Chez un de nos malades (Obs. I), la plèvre enveloppait ainsi la base du poumon dans une sorte de coque fibreuse.

Telles sont les lésions pleurales que nous avons remarquées dans la plupart des autopsies que nous rapportons. Il ne s'agissait donc pas là d'hydrothorax, mais d'épanchements de nature inflammatoire. Sans nier l'existence de l'hydrothorax (Obs. XI), nous pouvons considérer la plupart des cas que nous avons observés comme relevant d'une inflammation de la plèvre.

Etat du poumon. — L'épanchement chez le vieillard est presque toujours peu abondant et se confine dans la partie postéro-inférieure de la cage thoracique. Nous diviserons donc notre étude en deux parties: l'étude de la région qui baignait dans le liquide, l'étude de la région située au-dessus de l'épanchement.

La région qui baignait dans le liquide présente les caractères du poumon comprimé; elle est ridée à la surface

et parcourue habituellement par des plis transversaux ou longitudinaux : le tissu pulmonaire est tassé, résistant à la pression ; à la coupe, il est rouge et sec.

C'est dans les régions non comprimées qu'il est très fréquent de trouver des lésions véritables. Celles-ci consistent, soit en nappes de splénisation, soit en nodules de broncho-pneumonie, soit en noyaux d'apoplexie, et, dans certains cas, en véritables infarctus de Laënnec. Ces infarctus sont généralement sous-pleuraux. Ils revêtent l'aspect de truffes (Duguët) et leur périphérie est limitée par une zone d'inflammation très nette.

Les oblitérations artérielles sont très communes et caractérisées par un caillot rouge plus ou moins coloré, mais occupant complètement la lumière du vaisseau. On en rencontre même, et fréquemment, dans les portions qui sont en état d'atélectasie par compression.

Etat des autres organes. — Cœur. — Reins. — Artères, etc. — Ce sont le plus souvent les lésions de l'artério-sclérose : cœur gros, hypertrophié, parfois sclérosé et à cavités souvent dilatées ; reins diminués de volume et granuleux, artères athéromateuses, etc.

Nous ferons seulement remarquer qu'il est assez fréquent de trouver quelques cuillerées de liquide dans le péricarde ; cependant, nous sommes loin de partager l'opinion de Boisseuil qui considère l'existence d'une péricardite comme de règle dans la pleurésie des vieillards. Il est rare que la péricardite accompagne la pleurésie ; de plus, il n'existe habituellement pas d'exsudat fibrineux à la surface interne du péricarde.

Donc, le plus fréquemment et comme conclusion, la pleurésie séro-fibrineuse des asystoliques est accompagnée de lésions pulmonaires, soit de lésions franchement inflammatoires, soit de lésions relevant d'oblitérations artérielles.

SYMPTOMATOLOGIE

La pleurésie des vieillards présente bien des traits qui lui sont communs avec la pleurésie de l'adulte. Nous ne viserons donc que les particularités par lesquelles elle s'en distingue.

Symptômes généraux et symptômes fonctionnels. —

Ceux-ci sont d'habitude tellement atténués dans leur nombre et leur qualité qu'ils passeraient facilement inaperçus et que la pleurésie doit toujours être cherchée. A cet âge, les maladies ne déterminent que peu de réaction de la part de l'organisme, comme l'a écrit Gillette (1) : « On peut dire « d'une manière générale, que si dans le premier âge, on « voit beaucoup de symptômes et peu de lésions, c'est le « contraire qu'on observe dans l'âge avancé ».

Ces symptômes généraux varient, du reste, dans une large mesure, et sont en grande partie sous la dépendance des conditions générales au milieu desquelles se développe la pleurésie.

Les symptômes généraux du début sont moins accusés chez le vieillard que chez l'adulte.

La fièvre est à peu près nulle et, lorsqu'elle existe, elle

(1) Gillette. — Aut. cot.

est plutôt sous la dépendance d'une lésion concomittante du poumon, telles que congestion pulmonaire, tuberculose, etc. Il en est de même des frissons.

Le delire est un des symptômes généraux que l'on rencontre le plus souvent dans ces formes de pleurésie secondaire; parfois même, il constitue à lui seul l'unique symptôme de la maladie (Obs. I). Le délire est surtout accentué la nuit. D'après Beau, le délire en paroles serait plus grave que le délire en actions.

« Les malades se lèvent, veulent s'habiller, se promener
« dans la salle, cherchent à pénétrer dans le lit des autres,
« etc., etc. Si on les interroge, ils nient tout avec un sang-
« froid impertubable; ils soutiennent la conversation sans
« émettre une idée ou un mot déplacé. C'est seulement
« lorsque la maladie augmente qu'arrive le délire en
« paroles », (Beau) 1.

Le délire d'action doit être considéré, d'après cet auteur, comme le degré le plus léger du délire sénile.

Pour Gillette, les troubles intellectuels précèdent les troubles d'action, mais c'est un signe fâcheux de les voir apparaître et surtout persister ».

Il est à peine besoin de faire remarquer que la présence de l'épanchement pleurétique ne joue sans doute qu'un rôle assez effacé dans le développement des accidents que nous venons d'énumérer, en particulier du délire. Le plus souvent, pleurésie et symptômes nerveux doivent être considérés comme les effets d'une même cause, soit la gêne de la circulation générale, comme chez les cardiaques, soit une infection généralisée (pneumonie), soit une autointoxication et, en particulier, l'urémie.

(1) Beau. — Etudes cliniques sur les Maladies des vieillards. Collect. in-8, T. 183, n° 12, p. 3, 1855.

Quelquefois, ces symptômes nerveux sont moins accusés et ne se traduisent que par de l'insomnie et de la céphalée.

L'appétit est toujours diminué, souvent la soif est vive. La langue est sèche, rouge, luisante, quelquefois recouverte d'un enduit épais. Beau attache une grande importance à l'état de sécheresse de la langue. D'après cet auteur, ce serait même un des principaux symptômes des maladies de l'appareil respiratoire. (Beau) 1.

Le point de côté, que l'on rencontre si fréquemment dans les pleurésies aiguës de l'adulte, fait le plus souvent défaut chez le vieillard; en dehors des cas d'infarctus, les malades accusent plutôt une sensation de gêne, de pesanteur dans un des côtés de la poitrine.

La dyspnée, à peine perceptible chez quelques malades, devient tellement intense chez d'autres qu'ils ne peuvent s'étendre sur leur lit sans être en proie à une violente suffocation (Obs. II). Cette dyspnée, surtout chez les cardiorénaux, n'est nullement en rapport avec la quantité de l'épanchement, et, pour le professeur Dieulafoy, toute dyspnée est l'indice d'une pleurésie avec complication.

« Quand un malade atteint d'un épanchement a plus de « trente inspirations par minute, c'est que l'épanchement est « très abondant (trois litres au moins), ou la maladie est « secondaire (maladie de Bright, affection cardiaque). On « découvrira d'autres phlegmasies; telles que pleurésie « double, bronchite, pneumonie, péricardite, fluxion de poitrine ou congestion du poumon. » (Dieulafoy) 2.

Quelle qu'en soit la cause, cette dyspnée peut revêtir des formes différentes, telles que :

1° La dyspnée nocturne, survenant la nuit et forçant le

(1) Beau. — Journal de Médecine. Oct. 1843.

(2) Dieulafoy. — Les Irrégularités de la pleurésie aiguë. Gaz. heb. 1878.

malade à se lever et à terminer sa nuit assis dans un fauteuil.

2° La dyspnée d'effort, provoquée par le moindre mouvement du malade dans son lit.

3° Enfin, une dyspnée intense déterminant une agitation extrême et de violentes secousses péniblement ressenties par le malade. Cette forme présente parfois un contraste frappant entre l'état de gêne et d'angoisse et les symptômes objectifs; c'est ainsi que certains malades atteints de cette dyspnée restent allongés dans leur lit.

On observe souvent dans toutes ces formes le rythme respiratoire de Cheyne-Stokes. Elles sont importantes à connaître car la dyspnée est un symptôme grave; il faut avec soin en rechercher la cause pour guider sa thérapeutique.

La toux et l'expectoration sont souvent nulles. Lorsqu'elles existent, elles sont généralement sous la dépendance de l'affection pulmonaire primitive et par conséquent varient suivant qu'il s'agit d'une bronchite, d'une pneumonie ou d'un infarctus.

Les troubles de la circulation pulmonaire, qu'ils soient sous la dépendance de l'état d'asystolie seulement ou sous la dépendance d'une complication, sont d'autant plus accusés que cet état est plus grave. Il en sera de même pour l'œdème et la cyanose qui sont les deux symptômes manifestant les troubles de la circulation générale.

Ces œdèmes occupent souvent les membres inférieurs; parfois ils sont généralisés aux membres supérieurs et au tronc. Cet œdème généralisé au tronc est fréquent chez le vieillard, aussi faut-il se garder d'en faire un signe certain de purulence.

La cyanose n'est pas un symptôme constant; quand elle existe, elle est plus marquée aux pieds et aux mains et il est rare qu'elle atteigne la face. Par contre, l'état cyanique avec refroidissement des extrémités se rencontre fréquemment.

Les urines sont rares, colorées, et contiennent de l'albumine.

Signes physiques.

Les signes physiques sont les mêmes que chez les adultes, et nous n'insisterons que sur quelques particularités. Ils sont tirés de la palpation, de la percussion et de l'auscultation.

A l'auscultation, la pleurésie du vieillard, comme celle de l'adulte, se traduit soit par l'absence du murmure vésiculaire, soit par un souffle variable comme timbre et comme intensité, tantôt lointain, voilé, aigre, tantôt intense pouvant présenter les caractères du souffle tubaire. Les modifications de la voix sont souvent les mêmes que chez les adultes, et l'on trouve de l'égophonie à la limite supérieure de l'épanchement.

Mais, beaucoup plus fréquemment que chez l'adulte, on peut entendre au niveau des parties occupées par l'épanchement et dans une zone de matité même absolue, un très grand nombre de râles sibilants, ronflants ou bullaires. A cet endroit, la ponction permettra d'évacuer jusqu'à 12 à 1,500 grammes de liquide. Des cas semblables ont été rencontrés chez l'adulte, ainsi que le montrent les travaux du professeur Jaccoud; mais il semble bien qu'il s'agit là de cas exceptionnels; chez le vieillard, c'est beaucoup plus commun. L'explication proposée par cet auteur, à savoir l'existence de brides unissant les deux feuillettes de la plèvre est d'autant plus acceptable que la fréquence plus grande de cette anomalie symptomatique chez le vieillard concorde parfaitement avec la fréquence plus grande chez lui de ces adhérences, imputables peut-être à des pleurésies tuberculeuses anciennes guéries. Quoiqu'il en soit, si, dans ces cas, on entend des râles, on n'entend jamais le murmure vésiculaire.

A la percussion, la pleurésie du vieillard comme celle de l'adulte, se traduit par de la matité absolue au niveau de

l'épanchement, mais, bien plus rarement que chez l'adulte, la courbe à la limite supérieure de cette matité est régulière et plus rarement aussi elle se déplace par les changements de position.

C'est que la plèvre du vieillard n'est pas souvent libre d'adhérences.

Toutes les fois que l'épanchement est ainsi limité, on peut trouver à sa limite un son beaucoup plus clair, du tympanisme même.

Ce tympanisme ne siège pas, dans ce cas, sous la clavicule, mais à la face postérieure du thorax. De plus, il n'indique pas l'existence d'un grand épanchement, mais l'existence d'adhérences.

Au cours de cet examen, il ne faut jamais oublier la fréquence de l'épaississement de la plèvre et des symphyses pleurales chez les vieillards. Ces lésions, en effet, peuvent modifier les sensations perçues par le doigt et l'oreille et entraîner dans une erreur complète en faisant croire à la présence d'un liquide qui n'existe pas, même alors que la matité et le silence étaient absolus.

L'abaissement de la zone de matité hépatique ne présente pas non plus chez les vieillards asystoliques la valeur qu'on lui attribue dans les pleurésies de l'adulte. Chez ce dernier, il faut un épanchement considérable pour produire l'abaissement du foie et nous savons que les épanchements abondants sont rares chez le vieillard. S'il y a abaissement de la ligne de matité, elle est due à la distention du foie par congestion.

Il en est de même du côté gauche où la déviation de la pointe du cœur n'est le plus souvent que le fait d'une hypertrophie fréquente à cet âge ou d'une dilatation imputable à l'asystolie.

Par contre, la disparition de la sonorité dans l'espace de Traube conserve la même valeur que chez l'adulte.

Variétés cliniques.

Les variétés cliniques que l'on rencontre le plus fréquemment chez le vieillard peuvent être classées de la façon suivante :

Première forme. — La pleurésie survient chez un individu en bonne santé apparente; elle rentre dans la catégorie des pleurésies dites primitives. Les malades se plaignent seulement d'un malaise général caractérisé par de la céphalée, de l'insomnie, d'un manque de forces surtout dans les membres inférieurs. Ils ont peu ou pas de fièvre et leur appétit est souvent conservé. Les symptômes fonctionnels sont à peu près nuls; ils ont peu ou pas de dyspnée, quelques-uns ressentent une douleur mal définie qu'ils localisent dans un des côtés de la poitrine.

Ce sont les signes physiques qui seuls permettent d'établir l'existence d'un épanchement. Il est rarement donné d'observer le début de ces pleurésies, et, quand on examine ces malades, on est parfois surpris par la présence d'un épanchement assez considérable. Ces pleurésies se caractérisent souvent par la bénignité de leurs symptômes et souvent aussi l'épanchement se résorbe spontanément sans nécessiter aucune intervention. Il faut ajouter, toutefois, qu'il se reproduit avec la même facilité (Obs. IX). La plupart des malades de ce genre sortent complètement guéris; cependant, chez quelques-uns, les signes d'asystolie succèdent à ceux de la pleurésie.

Deuxième forme. — Le début survient chez des individus dont la santé est peu altérée. Cependant, depuis quelques temps, la respiration est gênée; il existe soit de la dyspnée nocturne, soit de la dyspnée d'effort; quelquefois, un peu d'œdème périmalléolaire visible le soir et qui s'efface pendant le repos de la nuit. En un mot, les prodromes

consistent dans les signes précurseurs d'une attaque d'asystolie.

Dans d'autres cas, soit concurremment, soit en dehors des symptômes que nous venons de décrire, on peut constater une céphalée permanente ou à prédominance nocturne.

C'est à cause de ces accidents que le médecin est appelé à examiner ces malades, et bien souvent, en pareil cas, l'épanchement passerait inaperçu si l'examen physique n'était pas pratiqué.

Assez souvent, le traitement empêche les phénomènes asystoliques de se prononcer, et on reste en présence d'un individu atteint d'un épanchement intra-pleural, lequel se comportera à peu près de la même façon que dans la forme précédente.

Dans d'autres circonstances, malgré le repos et le traitement, l'asystolie se prononce, les phénomènes urémiques deviennent plus intenses, et alors nous nous retrouvons devant un ensemble très comparable à celui dont nous allons maintenant nous occuper.

Troisième forme. — Le malade est en état d'asystolie confirmée, d'anasarque, d'arythmie. La respiration brève est parfois entrecoupée de périodes d'apnée. Le rythme de Cheyne-Stokes est souvent très accusé; la dyspnée intense. Le malade entre à l'infirmerie parce que son état asystolique s'est subitement aggravé; si à ce moment, on l'ausculte, on ne trouve pas de signes d'épanchement, ils n'apparaîtront que tardivement. Au milieu de ces troubles, la pleurésie s'installe sans attirer l'attention. Lorsqu'elle est reconnue, on constate un épanchement plus ou moins considérable dans un des côtés de la poitrine, quelquefois dans les deux. Dans ce dernier cas, l'épanchement est toujours plus considérable d'un côté que de l'autre (Obs. VII).

Quatrième forme. — C'est la pleurésie liée à l'infarctus. Habituellement, l'infarctus ouvre la scène et cause le développement de la pleurésie. Cependant, il est légitime d'admettre qu'il puisse se développer au cours d'une pleurésie déjà constituée à titre de complication.

Lorsque la pleurésie est consécutive à l'infarctus, on n'observe au début que les signes propres à cette lésion, soit que cet infarctus débute brusquement par un point de côté violent, une dyspnée intense avec retentissement sur les battements du cœur, soit qu'il s'installe sourdement. Dans les deux cas, l'expectoration est caractéristique, composée de crachats de sang rouge non spumeux, successivement rejetés. C'est, en un mot, l'expectoration de l'apoplexie pulmonaire.

Les signes de l'épanchement n'apparaissent que dans les jours qui suivent ; ils peuvent même n'apparaître qu'à la fin du second septennaire, et il n'y a pas nécessairement proportion entre la quantité du liquide épanché et le nombre ou l'étendue des noyaux apoplectiques.

Il va sans dire, cependant, que la forme foudroyante décrite par Duguet s'accompagne rarement de pleurésie.

Nous venons de décrire les formes les plus communes chez les vieillards, les autres sont des formes rares ; à savoir : la pleurésie tuberculeuse et la pleurésie métapneumonique.

Pleurésie tuberculeuse.

Ce que nous venons de dire sur la forme de pleurésie d'apparence primitive, nous dispensera de parler longuement de la pleurésie tuberculeuse. Il est admissible, en effet, qu'un certain nombre de cas compris dans la première appartiennent à la seconde. D'ailleurs, les symptômes sont les mêmes, et cette pleurésie, plus rare chez le vieillard que chez l'adulte, revêt très rarement la forme purulente.

Pleurésie métapneumonique.

Nos observations de pleurésie métapneumonique chez le vieillard sont trop restreintes pour nous permettre d'en faire une étude clinique un peu complète. Ces pleurésies sont rares à cet âge, quoique la pneumonie franche soit très commune. Nous avons pu remarquer qu'elles étaient plus souvent consécutives à des pneumonies bâtardes qu'à la pneumonie franche aiguë. Faisons remarquer que, dans le cas relaté par nous (Obs. XV), les signes de l'épanchement ont pris peu à peu la place de la pneumonie après la chute de la température, que l'inflammation du poumon, reconnaissable aux crachats visqueux, a non seulement coexisté avec l'inflammation de la plèvre, mais survécu à l'épanchement.

Nous laissons de côté les autres formes de pleurésie n'en ayant pas observé d'exemple, et parce qu'en somme, elles ne semblent pas présenter chez les vieillards des particularités méritant une description spéciale.



DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la pleurésie avec épanchement, se fait chez le vieillard de la même façon et à l'aide des mêmes signes physiques qu'il se fait chez l'adulte.

La matité absolue, l'absence de murmure vésiculaire, le souffle à caractère spécial, l'égophonie, constituent dans un grand nombre de cas chez le vieillard, un ensemble permettant de porter le diagnostic avec certitude ; mais, comme tous ces signes doivent être recherchés et passeraient inaperçus sans une exploration spéciale, il faut rappeler tout d'abord que chez le vieillard, plus souvent que chez l'adulte, la pleurésie est latente et que rien ne vient engager le clinicien à explorer méthodiquement la cage thoracique.

On ne saurait trop, à ce propos, rappeler les conseils que formulait le professeur Potain dans une de ses cliniques.

« Il faut toujours examiner complètement votre malade, même quand la nature de son affection vous paraît absolument évidente.

« La pleurésie est en général secondaire, et en général toute pleurésie secondaire doit être regardée comme étant d'un diagnostic difficile. (Potain) (1) ».

(1) Potain. — Bulletin médical. Décembre 1890.

Durand-Fardel, dans son traité des maladies des vieillards, professe la même opinion :

« Il est nécessaire de soumettre le vieillard dont la
« santé est altérée à une observation minutieuse et surtout
« à un examen fréquent de la poitrine au moyen des seuls
« procédés rigoureux qui soient à notre disposition, l'aus-
« cultation et la percussion. Encore ces moyens de dia-
« gnostic ne sont-ils pas toujours fidèles.

« Bricheteau à l'hôpital Necker a observé une femme
« âgée qui mourut peu de temps après son entrée. Il y avait
« un état de prostration extrême, la face grippée, le pouls
« faible, l'intelligence très nette, le côté droit de la poitrine
« mat avec souffle et bronchophonie, des crachats rouillés
« et pénibles, une dyspnée plaintive. On diagnostiqua une
« pleuro-pneumonie. Deux saignées furent pratiquées à
« quelques heures de distance, le sang était fort couenneux
« la malade mourut peu après la seconde.

« A l'autopsie on fut très étonné de ne trouver aucune
« trace de pneumonie, mais une pleurésie à droite avec
« épanchement. (Durand-Fardel) (1).

Il résulte de ces citations que la pleurésie passerait souvent inaperçue, plus souvent chez le vieillard que chez l'adulte, si on ne pratiquait pas d'une façon systématique en quelque sorte l'examen du thorax.

On sait de plus qu'après avoir fait cet examen à l'aide de la mensuration, de la percussion et de l'auscultation, il est parfois malaisé, même chez l'adulte, de se prononcer avec certitude sur la présence ou l'absence d'un épanchement intra-pleural. Or ces cas, où l'hésitation est commandée sont, nous l'avons indiqué dans la symptomatologie, plus fréquents chez le vieillard.

(1) Durand-Fardel. — Traité clinique et pratique des maladies des vieillards (p. 689).

Les pleurésies anciennes avec épaississement de la séreuse donnent, en même temps que la matité, l'absence ou l'éloignement du bruit respiratoire. On peut donc croire à un épanchement alors que celui-ci n'existe pas.

Par contre, on pourrait être conduit à méconnaître un épanchement en raison des circonstances suivantes déjà indiquées : on peut entendre à l'auscultation des râles plus ou moins nombreux, quelquefois très abondants, de forme et de timbre très divers, ronflants, sibilants ou bullaires dans un côté de la poitrine où la ponction permettra d'évacuer 700 et même 12 et 1500 grammes de liquide. Pour éviter toute erreur, il suffira de rechercher avec soin le murmure vésiculaire. On ne l'entend jamais lorsqu'il y a du liquide dans la plèvre.

De toute cette étude, il semble résulter que pour assurer son diagnostic il faut toujours procéder à une ponction exploratrice et pourtant il ne saurait être admis de ponctionner systématiquement tous les thorax. L'exploration est légitimée seulement lorsqu'on a constaté la matité absolue et l'absence de murmure vésiculaire si l'on peut penser toutefois que le malade ne présente pas ces symptômes depuis longtemps. Elle doit être faite aussi lorsqu'on a constaté l'absence du murmure vésiculaire malgré la présence des râles. Cette ponction ne prouve pas seulement qu'il existe du liquide dans la plèvre, elle renseigne sur la nature de l'épanchement.

On pourra penser à l'existence d'adhérences quant au cours de la thoracentèse, après l'évacuation de 100 grammes au plus de liquide, on verra survenir une toux quinteuse accompagnée de douleur.

Pour reconnaître l'état du poumon, il faudra se guider sur les symptômes généraux, sur les qualités de l'expectoration qui peuvent démontrer l'existence d'une pneumonie,

d'une tuberculose etc., il faudra aussi ausculter tout le thorax et se garder de limiter son examen à la région de l'épanchement.

On utilisera avec profit les schémas de M. Grancher qui conservent chez le vieillard la même valeur que chez l'adulte. (Le signe + signifie l'exagération du signe physique en regard, le signe — sa diminution. La matité par exemple pour la percussion).

Schéma	}	Percussion +	}	Pleurésie
n° 1		Vibrations +		Poumon sain
		Respiration +		
Schéma	}	Percussion +	}	Pleurésie, Congestion
n° 2		Vibrations +		pulmonaire.
		Respiration —		Tuberculose probable.
Schéma	}	Percussion +	}	Pleurésie, Compression d'une
n° 3		Vibrations —		bronche, Œdème pulmonaire ou
		Respiration —		épanchement très abondant.

Ces remarques n'ont rien de spécial aux vieillards, mais nous pensions utile de les rappeler.



PRONOSTIC

Pour la pleurésie primitive comme pour la pleurésie secondaire, le pronostic est grave, non pas que la maladie soit toujours une cause directe de mort, mais parce quelle porte un coup violent à l'organisme du vieillard en lui demandant un effort dont il est incapable.

C'est l'âge qui aggrave le pronostic de la pleurésie des vieillards et Grisolle (1) le fait remarquer en ces termes : « La pleurésie qui lorsqu'elle est simple primitive, se termine si communément par la guérison chez l'adulte, devient une maladie sérieuse chez le vieillard ».

Beau (2) s'exprime ainsi : « En effet telle maladie qui paraît légère au début se termine mal et cela dans un court délai, telle autre au contraire qui se présente d'abord comme une affection sans ressources change d'une manière aussi heureuse qu'inespérée. L'aphorisme d'Hippocrate sur l'incertitude du diagnostic est particulièrement applicable aux maladies de la vieillesse : « Acutorum morborum non omnino tutae sunt praedictiones, neque mortis neque sanitatis. »

(1) Grisolle. Traité de Pathologie interne 1865, tome II.

(2) Beau. Etudes cliniques sur les maladies des vieillards.

Si Beau ne se montre pas plus sévère, c'est qu'en effet toute une catégorie de pleurésies comporte moins de gravité, notamment les pleurésies liées à la pneumonie, à la tuberculose, dont l'épanchement de nature séro-fibrineuse se resorbe assez facilement et sans intervention.

Nous devons ajouter de plus que les épanchements abondants sont rares chez les vieillards et presque toujours de nature séro-fibrineuse.

Il convient de rechercher la gravité du pronostic dans l'acuité des symptômes généraux qui relèvent de la cause primitive.

« Le pronostic est en général grave, dit Netter, (1) à « cause de la maladie causale surtout, mais aussi parce que « la pleurésie est une complication qui entrave le bon fonctionnement du cœur et de l'hématose ».

L'état général est en effet un facteur sérieux du pronostic. C'est ainsi que l'hydrothorax unilatéral qui apparaît à la période ultime de l'asystolie, prendra une gravité d'autant plus grande qu'il coïncidera avec une période d'attaques subitrantes.

Dans la pleurésie consécutive aux infarctus le pronostic est commandé par l'intensité et la continuité des symptômes sur lesquels on se fonde pour établir si l'infarctus est petit ou gros. Si on a les signes d'un petit infarctus, le pronostic n'est pas bien grave ; si on a les signes d'un infarctus multiple ou volumineux, le pronostic s'assombrit. Cependant il n'est pas fatal puisqu'on a pu constater un cas dans lequel une hémoptysie s'est produite à plusieurs reprises s'accompagnant d'un épanchement récidivant et cependant le malade est sorti guéri.

Dans tous les cas, le pronostic est grave dès qu'il y a

(1) Netter. Traité de médecine, tome IV, 1893, page 1007.

de la fièvre parce que cette fièvre est l'indice d'une infection pulmonaire qui emportera le malade.

Marche — Durée

La pleurésie chez les vieillards a une durée beaucoup plus longue que chez les adultes. D'une part la résorption est lente et d'autre part les symptômes fonctionnels restent parfois si peu accusés que beaucoup de vieillards portent leur pleurésie sans le savoir. Un de nos malades (Obs. IV) malgré un épanchement abondant, en était si peu incommodé qu'il était très étonné qu'on voulût le maintenir couché. Dans notre Obs. VIII la malade étant dans des conditions identiques quitta l'infirmierie, se disant guérie et malgré tous les conseils qui lui furent donnés.

La durée de ces pleurésies est tout à fait indéterminée, variable comme le pronostic avec l'état général et la cause de l'épanchement. Il n'est même pas rare de voir chez les cardio-rénaux une nouvelle pleurésie apparaître du côté opposé alors que la première est à peine terminée.

Lorsque la maladie paraît avoir un résultat heureux, outre la cessation des symptômes propres à l'épanchement, les signes favorables sont le retour franc de l'appétit et surtout des forces, et la régularisation du pouls.

Dans le cas contraire, les symptômes de la pleurésie augmentent d'intensité avec ceux de l'asystolie, malgré les médications les plus énergiques : cyanose, œdème de la face et des mains ; les battements du cœur deviennent encore plus sourds, plus désordonnés, le pouls plus irrégulier, plus faible en même temps que la dyspnée s'accroît ; l'asphyxie est imminente. La mort arrive souvent dans le coma.

De la mort subite. — Les morts subites au cours des pleurésies sont en effet très rares chez les vieillards et les auteurs en rapportent peu d'exemples.

C'est ainsi que Negrié (Th. Paris 1864 (1) cite neuf observations que nous pouvons ainsi classer d'après l'âge des malades :

De 20 à 30 ans.	3 cas
De 30 à 40 ans.	2 cas
De 40 à 50 ans. ,	1 cas
De 50 à 60 ans.	2 cas
De 60 à 70 ans.	1 cas

Dans cette unique observation, la malade était âgée de 69 ans ; mais nous devons faire remarquer que l'examen du cerveau n'ayant pas été fait, l'autopsie ne permet pas d'affirmer que cette mort subite est imputable à la pleurésie.

Grandgury (Th. Paris 1872) (2) rapporte également neuf observations dont 8 ont trait à des malades âgés de moins de 60 ans. Quant à la neuvième, c'est celle rapportée par Negrié.

Pour Louis « la pleurésie simple n'est pas une cause de mort immédiate ».

Mais cette opinion est loin d'être partagée par le professeur Dieulafoy qui, par de nombreux travaux, a beaucoup insisté sur les dangers de mort subite. Dans un de ses ouvrages (3), il cite l'avis de Trousseau qui se montre lui aussi très affirmatif : « On peut mourir, dit Trousseau, et mourir subitement par le fait d'un épanchement pleurétique aigu. »

Son existence est donc indéniable ; nous n'avons pas à discuter les nombreuses théories émises sur son mécanisme. Ce travail si intéressant qu'il soit, ne peut entrer dans le cadre que nous nous sommes tracé ; et notre intention, en ouvrant cette parenthèse, n'était que d'en signaler la moins grande fréquence chez le vieillard que chez l'adulte toutes propositions gardées.

(1) Negrié, thèse Paris 1864. De la mort subite dans la pleurésie.

(2) Grandgury. Th. Paris 1872. De la mort subite dans la pleurésie.

(3) Dieulafoy. Pathologie interne.

TRAITEMENT

Généralités. — L'emploi de la thoracentèse est devenu d'une pratique si journalière qu'il semble tout à fait inutile d'en décrire le manuel opératoire, non plus que les précautions antiseptiques qui doivent l'accompagner.

La thoracentèse est en effet le procédé thérapeutique le plus habituellement appliqué aux épanchements intrapleuraux. Il a suffisamment fait ses preuves pour que nous n'ayons pas à le discuter ici d'une façon générale et pour que nous nous bornions à rechercher dans quelle mesure son emploi est applicable au vieillard ; en particulier, si l'âge n'est pas par lui-même une contrindication, et si, lorsque indication il y a, certaines conditions ne peuvent pas en modifier l'urgence.

— L'âge avancé du malade est-il une contrindication à la thoracentèse ?

Quoique cette question soit depuis longtemps tranchée il ne paraît pas inutile de rappeler les paroles du professeur Strauss (1).

« Les moyens médicaux, révulsifs, purgatifs, diuretiques agissent trop lentement dans ces cas où la syncope

(1) Strauss. — Soc. méd. des hôp. mai 1877.

est imminente. En effet les fonctions non seulement de sécrétion, mais aussi celles de résorption sont languissantes à cet âge et leur action est plus lente et plus difficile à obtenir que chez l'adulte. L'âge du malade est donc plutôt une indication qu'une contrindication à la thoracentèse ».

On ne doit donc jamais hésiter à ponctionner un vieillard parce qu'il est trop âgé ; retarder une ponction devenue urgente serait même risquer de cruels mécomptes et exposer la vie d'un malade qu'une ponction immédiate aurait pu sauver.

L'âge paraît cependant favoriser quelques accidents : d'une part le décollement de la plèvre costale, d'où ponction sèche : d'autre part, hémorragies fréquentes après la ponction. Mais ces accidents ne sauraient constituer une contrindication.

Indications de la thoracentèse chez les vieillards.

Il y a toute une série de cas où la pleurésie des vieillards se comporte comme celle de l'adulte. Les indications de la thoracentèse sont alors données par la persistance du liquide épanché et son peu de tendance à la résorption, soit par son abondance même et son évolution toujours croissante malgré l'emploi des moyens médicaux. On s'abstiendra de la pratiquer habituellement dans les pleurésies métapneumoniques.

Dans ces cas le traitement de l'adulte s'applique aux vieillards.

Dans les pleurésies consécutives à une tuberculose, à un cancer, même conduite que chez l'adulte.

Dans les pleurésies primitives semblables aux pleurésies tuberculeuses de l'adulte, même conduite encore.

Cependant dans cette forme primitive, alors que le professeur Dieulafoy conseille de ponctionner toujours, le

docteur Le Damany (1) tend à voir dans l'épanchement une défense de la plèvre :

« L'irritation de la plèvre a pour conséquence la formation de l'épanchement. L'épanchement pleural est un moyen de défense de la plèvre, non par son action antitoxique, mais par son action mécanique, isolatrice. Il doit être respecté tant qu'il ne devient pas un danger par son abondance et par sa durée ».

Nous n'étudierons pas tous ces cas qui relèvent du traitement employé chez l'adulte. Nous signalerons simplement qu'il y a lieu de tenir compte du peu d'abondance ordinaire de l'épanchement et de la rareté des morts subites et nous nous occuperons surtout des formes fréquentes à savoir celles qui accompagnent l'asystolie, les infarctus, les infections ou les pneumonies bâtardes.

Dans ces formes l'épanchement est séro-fibrineux et pour le choix du traitement, il faut tenir compte non seulement des qualités de cet épanchement mais aussi des troubles fonctionnels qui l'accompagnent, lesquels se confondent en grande partie avec ceux que produit l'asystolie ou l'urémie.

La véritable indication thérapeutique devra être tirée en effet de l'étude des symptômes généraux et fonctionnels, de l'état du poumon, du cœur et des reins.

« La dyspnée, dit le professeur Dieulafoy (2) est un signe infidèle, un guide trompeur, quand il s'agit de décider l'utilité de la thoracentèse ».

Cet auteur parlait ainsi de la pleurésie simple, sans complication, dans laquelle l'intervention ne peut être

(1) Le Damany. — Loc. cit.

(2) Dieulafoy.

motivée que par la quantité de l'épanchement. Il en va tout autrement dans les pleurésies séniles où la dyspnée est presque toujours la conséquence de la stase sanguine dans les capillaires du poumon, de la dilatation cardiaque et des diverses causes dont nous avons déjà parlé. Elle peut donc devenir chez le vieillard, le motif d'une prompte et double intervention qui va, selon l'élégante expression du professeur Landouzy « rendre la liberté au cœur et l'espace au poumon ».

Lorsque cette indication est bien déterminée, on a pour la remplir deux ordres de moyens. Les uns s'adressent directement à l'épanchement, pour hâter sa résorption comme le vésicatoire, pour l'évacuer comme la ponction, les autres diurétiques et toniques du cœur s'adressent à la lésion maîtresse, et à tous les accidents qu'elle entraîne.

De la thoracentèse chez les vieillards. — La thoracentèse ne présente rien de spécial à signaler en ce qui concerne l'opération elle-même. Comme chez l'adulte il est nécessaire de la faire précéder par une ponction exploratrice. Il ne faut pas oublier que les épaissements de la plèvre sont fréquents chez les vieillards, qu'ils augmentent les difficultés du manuel opératoire. On devra évacuer doucement le liquide et, chez certains dyspnéiques, il sera bon de ne retirer le liquide que pendant les périodes d'apnée. (Obs. II).

De l'emploi des vésicatoires. — D'une façon générale le vésicatoire ne mérite pas la faveur qu'on lui accordait autrefois. Nous n'avons pas à revenir sur la discussion récente dont il fut l'objet à l'Académie de Médecine. Vivement attaqué par M. Huchard (1), il fut non moins brillamment défendu par MM. Robin et Lancereaux.

Quoiqu'il en soit, son emploi dans le but d'activer la

(1) Huchard. — Académie de Médecine 8 janvier 1898.

résorption de l'épanchement, ne nous semble pas recommandable chez les vieillards. D'abord par ce qu'à cet âge, la réparation des tissus est lente et difficile et aussi parce qu'il nous a été permis d'observer plusieurs fois une furonculose généralisée consécutive à leur application et par fois excessivement rebelle aux traitements. Cet inconvénient du vésicatoire méritait d'être signalé.

Ponction et vésicatoire visent à rendre l'espace au poumon; pour remplir la seconde indication et rendre la liberté au cœur, il faut combattre l'asystolie et l'urémie.

Dans cette thérapeutique, les moyens sont les mêmes chez les vieillards que chez les adultes, à savoir : repos, régime lacté, diurétiques, purgatifs drastiques, etc., et, enfin, les émissions sanguines.

Nous ne relèverons donc que les quelques particularités qu'ils offrent chez les vieillards.

De l'emploi de la digitale chez les cardio-rénaux.

Nous avons vu que dans les cas d'asystolie, compliqués de pleurésie, il convenait, tout d'abord, de rétablir les fonctions du cœur par les purgations drastiques et la digitale. Pour quelques auteurs, les affections rénales sont une contre-indication de ce médicament. Cependant, M. Huchard (1) est loin de partager cette opinion et la digitale reste, pour lui, le médicament de choix pour diminuer la quantité d'albumine, non seulement dans les albuminuries cardiaques, mais aussi dans les néphrites parenchymateuses. Voici, selon lui, le meilleur mode d'administration :

« Je laisse, pendant quelques jours, le cardiopathe au repos (et le repos est déjà la digitale du cœur). Je le sou-mets immédiatement au régime lacté absolu. Une certaine diurèse résulte de l'emploi de ces deux moyens bien

(1) Huchard. — Administration de la digitale dans les affections rénales. Soc. méd. des hôp. 20 avril 1892.

» simples. Après quelques jours, je prescrivis une purgation
« et, le lendemain, en une fois, pendant un seul jour, cinquante
« gouttes d'une solution au millième, de digitaline cristallisée (soit un milligramme de digitaline). Après quoi,
« on attend quinze à vingt jours avant de recommencer de
« la même façon et à la même dose si l'indication persiste. »

Nous devons faire remarquer que cette thérapeutique s'adresse plus spécialement aux adultes et, qu'en conséquence, elle devra être atténuée, chez les vieillards, en ce qui concerne l'emploi de la digitale.

Des émissions sanguines chez le vieillard.

1^o *De la saignée.* — Peut-on saigner les vieillards ? A ce propos, Gillette fait remarquer que : « Depuis vingt ans, la pratique des médecins qui se sont succédés à Bicêtre et à la Salpêtrière, a démontré qu'il n'y a pas de danger à saigner les vieillards, pourvu que ce soit à propos. On doit plutôt se demander si la maladie réclame nécessairement la saignée, que si le malade supportera bien ce mode thérapeutique. »

A cette époque, la saignée était très en honneur et la dose de 500 grammes n'était pas rare. C'est d'ailleurs à cette exagération qu'elle dut de rester prescrite pendant un certain nombre d'années. Elle est cependant recommandable dans un grand nombre de circonstances, et elle est spécialement applicable à ces cas d'asystolie compliquée de pleurésie.

Les émissions sanguines, comme les recommandait Gillette, sont abandonnées et on ne pratique plus que des saignées de 150 grammes au maximum.

Les ventouses scarifiées donnent aussi de bons résultats dans les cas de moindre nécessité, mais quand l'asphyxie est imminente, la saignée reste la médication héroïque (Jacoud).

2° *Sangsues*. — Les sangsues offrent le grand inconvénient de provoquer, chez les vieillards, des hémorragies secondaires souvent difficiles à arrêter et qui épuisent le malade en lui retirant plus de sang qu'on ne l'aurait désiré. Les artères séniles sont, en effet, athéromateuses et leurs parois restent béantes.



HYGIÈNE

La question d'hygiène; si intéressante lorsque la pleurésie évolue chez l'adulte comme manifestation de tuberculose, n'a plus la moindre importance chez le vieillard dont la pleurésie n'accuse presque jamais la tuberculose à l'origine. Cependant, nous croyons bon de modifier les prescriptions formulées par Gillette : « A aucun âge, les habitudes n'ont
« plus d'empire, aussi doit-on les respecter quand elles ne
« seraient point très conformes aux règles de l'hygiène, si
« le vieillard ne s'en trouve point mal et si, tout en les suivant, il est arrivé à un âge avancé. »

Ces prescriptions paraissent un peu insuffisantes dans une étude générale. Il faut recommander aux malades d'éviter toute cause de fatigue, marche ou travail, toute cause de refroidissement. Son alimentation devra être légère sans écart de régime; les fortes boissons alcooliques lui seront interdites. De plus, dès qu'apparaîtront des maux de tête persistants, de l'oppression; dès que le soir, il remarquera de l'œdème péri-malléolaire, il devra se mettre au repos complet, au régime lacté au moins partiel. Cette hygiène est celle de tous les vieillards. Mais chez les cardio-rénaux, elle doit être impérativement commandée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Pleurésie séro-fibrineuse du côté droit suivie d'une pleurésie séro-fibrineuse du côté gauche. — Asystolie. — Urémie. — Hémiplegie droite. — Mort. — Autopsie.

Le nommé M..., âgé de 76 ans, entre le 24 janvier 1898 à la salle Bernard, n° 20, de l'Hospice d'Ivry dans le service de M le docteur Gombault.

Ce malade est un émotif. Il est resté très affecté de la mort de sa femme et pleure dès qu'on l'interroge sur ses antécédents. Il a eu une fièvre typhoïde à 27 ans et, depuis cette époque, il a toujours eu une bonne santé.

A son entrée, il se plaignait d'un malaise général, d'insomnie, de perte d'appétit et d'oppression. Il n'avait pas de point de côté, d'ailleurs la toux et l'expectoration étaient nulles. T : 37.

N'ayant pu observer nous-même ce malade pendant les premiers jours, nous recueillons les renseignements suivants : Ce malade était entré en état d'asystolie, avec anasarque et cyanose. On constatait de plus les signes d'un épanchement assez abondant du côté droit. Le 27 janvier on dut pratiquer une saignée qui, tout en soulageant le malade, resta sans influence sur l'évolution de l'épanchement. L'oppression et la dyspnée augmentant, on dut faire une thoracenthèse le 29 janvier. On retira ainsi de la plèvre droite 750 grammes de liquide citrin. T : 37.5.

Lorsque nous l'examinons pour la première fois, le 12 février, nous constatons de la matité à droite remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate mais ne se propageant pas dans l'aisselle. Dans la zone mate, le murmure vésiculaire a disparu, mais on entend à la partie supérieure des bruits de souffle et quelques râles secs. Le retentissement de la voix est diminué; il n'y a pas d'égophonie. Ni toux, ni expectoration.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal à deux travers du doigt en dehors du mamelon gauche. Les battements sont fréquents et irréguliers. T : 37.5.

Les jambes sont le siège d'un œdème très accusé ainsi que la région lombaire.

Le malade a toujours de l'insomnie. Il est agité pendant la nuit et se lève. Il raconte le matin qu'il a été en voyage. Urines rares.

15 février. — Les signes physiques restent à peu près les mêmes, mais on entend un peu le murmure vésiculaire.

19 février. — La matité reste toujours la même, mais à l'auscultation l'épanchement paraît avoir diminué. Le malade a toujours de l'excitation nocturne et le matin, une tendance à l'assoupissement. T : 37.2.

21 février. — T : 37.4. Depuis deux jours l'oppression s'est accentuée, mais il n'y a pas eu de frissons, ni de point de côté. La matité subsiste à droite, cependant on entend la respiration, quelques frottements disséminés, pas de souffle.

À gauche et en arrière la respiration est soufflante. Il y a de la bronchophonie.

En avant la respiration est soufflante surtout à gauche dans le tiers inférieur. Dans l'aisselle gauche on entend les bruits cardiaques.

Le cœur est arythmique et l'œdème persiste aux membres inférieurs et à la région lombaire où l'on peut voir l'empreinte des plis des draps.

25 février. — L'oppression a disparu ainsi que l'excitation nocturne. L'état général est satisfaisant. Le malade se lève depuis quelques jours. T : 37.2.

3 mars. — La matité subsiste toujours à droite et en arrière jusqu'à la pointe de l'omoplate mais ne s'étend pas dans l'aisselle. Les vibrations thoraciques sont diminuées. Le murmure vésiculaire cesse d'être entendu distinctement à quatre travers de doigt au-dessous de la pointe

de l'omoplate. A cet endroit il y a des frottements et un peu d'égo-phonie.

L'excitation nocturne a repris depuis quelques jours.

Les urines sont claires et assez abondantes.

8 mars. — État stationnaire. Matité à la base droite. On entend faiblement la respiration. T : 37. 2.

L'œdème des jambes a disparu.

16 mars. — Le malade se plaint de douleurs dans l'hypocondre droit. Le foie est très augmenté de volume et douloureux à la pression. Il descend jusqu'à l'ombilic.

On constate de la matité aux deux bases; elle est plus étendue à droite, et de côté on entend de nombreux râles. T : 37.7.

23 mars. — Le malade est plus oppressé. La respiration est courte et entrecoupée de périodes d'apnée. Le malade a été très excité pendant la nuit.

Il existe toujours de la matité à la base droite. Une ponction exploratrice démontre qu'il existe encore du liquide; celui-ci est citrin clair.

Le foie est moins volumineux et s'est rétracté de trois travers de doigt mais déborde encore les fausses côtes. T : 37.

28 mars. — La température est restée entre 37.5 et 39. Le matin elle est à 37.6.

Le malade est très abattu. Le pouls est fréquent et irrégulier. Le foie est volumineux et déborde les fausses côtes de quatre travers de doigt.

Délire nocturne.

En arrière et à droite, matité et absence de la respiration dans toute la moitié inférieure. Pas de matité dans l'aisselle.

A la base gauche, matité et absence de murmure respiratoire.

Les jambes sont peu enflées.

La langue est rouge, sale. Pas de toux ni d'expectoration.

La température reste élevée pendant les 3 jours. T : 37.8.

1^{er} avril. — L'état du malade ne s'améliore pas et l'épanchement semble augmenté à droite.

3 avril. — L'oppression et la dyspnée sont telles qu'une ponction évacuatrice est jugée nécessaire. T : 37.3.

On retire 750 grammes de liquide séro-sanguinolent presque

hémorrhagique; quelques heures après, on constate dans le flacon contenant le liquide de la ponction, un coagulum fibrineux, mais peu volumineux.

4 avril. — Le facies est pâle, cyanosé. Le malade est très abattu.

La matité subsiste dans les deux bases. Le silence est à peu près complet à droite mais il n'y a pas de souffle.

A gauche, la respiration est diminuée et la matité n'est pas aussi absolue qu'à droite.

Arythmie et périodes d'apnée.

On ordonne de la digitale et une saignée peu abondante (120 gr.).

T : 38.

5 avril. — Matité à droite jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate. — Absence de la respiration. — Abolition des vibrations thoraciques. — Pas de souffle.

A gauche, il y a aussi de la matité, mais les vibrations sont conservées.

Délire. T : 37.2.

7 avril. — Le malade se plaint d'une douleur dans le côté gauche. L'oppression a augmenté.

On trouve de la matité dans les deux tiers intérieurs du poumon gauche et en arrière; cette matité s'étend également dans l'aisselle, mais ne tourne pas en avant.

Le murmure vésiculaire a disparu de ce côté. Il n'y a pas de souffle,

On pratique une ponction exploratrice qui donne comme résultat un liquide séreux clair. T : 37.

8 avril. — La dyspnée est intense. L'excitation continue. T : 37.2.

L'épanchement ayant augmenté on fait une ponction évacuatrice. On retire ainsi de la plèvre gauche 825 grammes de liquide citrin ambré.

9 avril. — L'état du malade s'est un peu amélioré, mais il reste toujours un peu somnolent. T : 37.4.

Le 13, T : 37.8. — Le 14, T : 37.

16 avril. — État stationnaire. L'excitation ne paraît pas augmenter. Cependant dans le milieu de la nuit, le malade s'est mis à pleurer, réclamant un prospectus. T : 38. — Le 17, T : 37.9.

18 avril. — T : 36.1. — Le malade est étendu dans son lit. La jambe droite est inerte et le bras retombe flasque quand on le soulève. Le côté droit de la face semble porté en avant et bouffi. La commissure labiale est abaissée à droite et le sillon naso-génien est presque complètement abaissé à droite. L'orbiculaire des yeux fonctionne normalement. Quand on commande au malade de tirer la langue, la commissure labiale gauche se trouve portée considérablement à gauche, de sorte que la langue semble portée vers la droite. A vrai dire, elle ne semble pas plus déborder à gauche qu'à droite.

Le malade peut encore souffler mais très légèrement. Les lèvres sont étroitement appliquées l'une contre l'autre du côté gauche, elles s'entrouvent du côté droit.

Les yeux effectuent tous les mouvements habituels. Il semble y avoir un peu de myosis, mais les pupilles sont égales des deux côtés et régulières.

Le malade entend bien et suit du regard ceux qui circulent dans la salle.

La voix est lente, sourde. Il articule quelques paroles et comprend ce qu'on lui demande.

Le côté droit est plus froid que le côté gauche.

L'œdème est généralisé, mais plus accentué à droite et surtout aux pieds et aux mains.

Les réflexes rotuliens sont exagérés, surtout à droite.

Quand on lui chatouille la plante du pied droit, il retire sa jambe dans le plan du lit.

La sensibilité à la douleur semble conservée à droite. T : 36.1.

Le 19 avril. — T : 36.1.

20 avril. — Le malade est étendu les yeux ouverts, plus somnolent que la veille. Cependant il répond à certaines questions. T : 36.5.

Respiration de Cheyne-stokes.

Les yeux ne semblent pas déviés. Le malade fume la pipe à droite.

21 avril. — T : 36.9.

22 avril. — L'obnubilation paraît avoir diminué. Le malade boit assez facilement son lait. T : 36.4.

23 avril. — Le malade semble avoir repris conscience de lui-même. Il a l'air plus éveillé. T : 36.

La fente palpébrale semble également ouverte des deux côtés. Les pupilles sont normales et le léger degré de myosis signalé il y a trois ou quatre jours a disparu.

Le sillon naso-génien du côté droit est toujours effacé.

La narine droite s'ouvre moins que la narine gauche.

Quand on commande au malade de tirer la langue, elle paraît dévier un peu à droite. Quand le malade boit, les boissons s'échappent en partie par le côté droit de la bouche.

La face, dans son ensemble, est plus hébétée qu'avant l'attaque.

Le bras droit est inerte; les doigts, légèrement fléchis, ne présentent aucune résistance quand on veut les étendre.

L'œdème est surtout très accusé au niveau des poignets.

Le tronc ne paraît pas paralysé. Le malade se serait même assis sur son lit tout seul la veille au soir.

Les réflexes sont conservés.

Le membre inférieur droit est rigide, œdématisé surtout aux malléoles. On constate la présence d'anciennes cicatrices variqueuses. Il peut soulever légèrement sa jambe au-dessus du plan du lit.

Jambe gauche est normale.

Appareil pulmonaire :

Gros râles disséminés dans toute la poitrine. Matité aux deux bases, mais qui remonte plus haut à droite qu'à gauche et s'élève à droite jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate.

A droite, frottements pleuraux.

Des deux côtés, on entend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la ligne de matité des râles qui semblent indiquer un état congestif du poumon.

Cheyne-stokes très accusé avec des périodes d'apnée se prolongeant pendant 15 à 20 secondes.

Le malade semble plus oppressé que les jours précédents et fait de temps en temps de petits efforts de toux.

Langue est sèche, pas d'expectoration.

Cœur. — Les battements sont précipités et irréguliers. Faux pas toutes les six à sept révolutions cardiaques.

Pas de signe d'épanchement de péricardite.

La pointe bat au-dessous de la sixième côte à trois travers de doigt au-dessous et en dehors du mamelon gauche.

Foie. — La matité remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du mamelon droit. En bas elle descend sur la ligne mammaire juste au niveau des cartilages costaux, débordant dans l'épigastre de quatre travers de doigt.

Volumineuse hernie scrotale droite.

Depuis que le malade a eu son attaque, il perd sous lui. Il ne semble pas y avoir de distension vesicale.

26 avril. — Le malade paraît comprendre ce qu'on lui demande et indique qu'il a mal à la tête.

Il a la même respiration stertoreuse que les jours précédents avec un Cheyne-stokes très accusé.

La langue est sèche, le malade n'expectore pas. Il respire la bouche ouverte.

Il ne peut ni siffler, ni souffler.

La paralysie du bras droit reste la même.

L'œdème est très prononcé à droite surtout au niveau de la main et du poignet.

Le pouls est moins perceptible à droite qu'à gauche.

Il remue un peu le membre inférieur droit ainsi que les orteils.

Il semble y avoir un certain signe d'anesthésie du côté droit.

Le malade serre la main quand on le quitte. T : 37.5.

26 avril. T : 38.

28 avril. — Le malade est mort ce matin à 7 heures sans présenter rien de particulier.

La température était à 38.8.

30 avril. — Autopsie.

Lorsqu'on ouvre la cage thoracique, on trouve du liquide hémorragique des deux côtés, des adhérences anciennes à droite, pas d'adhérences à gauche.

Cœur. — Un peu de liquide dans le péricarde.

Le cœur est pâle, décoloré, grassex et volumineux. Il est extrêmement dilaté et cette dilatation porte surtout sur le ventricule gauche et l'oreillette droite. Il est rempli de gros caillots rouges.

Les valvules sigmoïdes et la valvule mitrale et aortique sont saines. Les coronaires sont larges.

En résumé, une dilatation extrême constitue la lésion principale du cœur dont le poids est de 570 grammes.

Foie (1430 gr.). — C'est un foie muscade. Il est dur, congestionné et volumineux.

Reins (470 gr.). — Droit : gros, violacé, congestionné. La substance corticale est très diminuée, les artères peu saillantes, mais dures. Il ne renferme pas de kystes.

Poumon gauche. — Mêmes troubles, mais plus kystique.

Poumons :

Gauche. — Il n'y a rien dans l'artère pulmonaire.

La surface est lisse.

A la partie inférieure du lobe supérieur le poumon est atelectasié. Dans cette région la plèvre est recouverte par un exsudat fibrineux qui s'enlève par raclage, laissant la plèvre brillante au-dessous.

La base est également en état d'atélectasie, mais il y a moins d'exsudat fibrineux.

Ce poumon est sec, emphysémateux. Il n'y a pas d'œdème au sommet, pas de bronchite.

Poumon droit. — Il est presque complètement encapsulé par une symphyse pleurale très étendue. Le lobe supérieur est volumineux et dur.

L'artère pulmonaire est oblitérée. On remarque un gros infarctus ancien, avec pneumonie œdémateuse autour.

La base est en état d'atélectasie et on remarque des caillots roses, durs, adhérents, dans certaines branches de l'artère pulmonaire; mais il n'y a pas d'induration.

Ces branches sont assez volumineuses et sont donc oblitérées, par un caillot ancien. Elles sont, dans cette partie du poumon, en atelectasie.

Rate (350 gr.). — Grosse, volumineuse, fermée, très rouge, sans infarctus.

Cerveau. — La surface extérieure ne présente rien de particulier; il n'y a pas d'œdème prédominant. Les artères de la base ne sont pas très athéromateuses.

La pie-mère est épaissie au niveau de la base, mais n'est pas infiltrée.

Les ventricules sont très distendus par une grande quantité de sérosité.

L'état mou du cerveau ne permet pas de prolonger l'examen sans l'avoir préalablement fait durcir.

OBSERVATION II (personnelle).

Pleurésie séro-fibrineuse du côté droit. — Asystolie.

Insuffisance aortique. — Amélioration.

Le nommé F..., âgé de 64 ans, entre le 4 mars 1898 à l'infirmerie l'hospice d'Ivry, salle Bernard, n° 14, dans le service de M. le docteur Gombault.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 56 ans, d'une hernie étranglée; mère morte à 28 ans (cause inconnue). Ni frères, ni sœurs.

Il a eu trois enfants, dont deux morts en bas âge de méningite. Il a encore une fille âgée de 21 ans et bien portante.

Antécédents personnels. — Sa santé a toujours été délicate, mais il n'a pas eu de maladies sérieuses. Il se plaignait souvent de douleurs rhumatismales, de névralgies, surtout frontales. A 54 ans, il a subi l'opération de la cataracte. Il a une pointe de hernie à droite et à gauche.

4 mars. — Ce malade était sorti, bien que souffrant depuis quelques jours; il fut pris subitement d'une syncope et transporté à l'infirmerie.

5 mars. — T : 38.9. Le malade très oppressé reste assis sur son lit. La respiration est brève, entrecoupée de périodes d'apnée et présente les caractères du type de Cheyne-stokes. La langue est sèche, la soif assez vive, l'appétit a disparu. Pas de douleurs thoraciques.

A l'examen, submatité en arrière et à la base du poumon, avec absence du murmure respiratoire. Respiration soufflante aux sommets. Rien de spécial en avant. L'expectoration est abondante et visqueuse. Au cœur on entend un bruit de souffle diastolique au foyer aortique. Les battements sont tumultueux et irréguliers. Une ponction explora-

trice, faite à la base du poumon droit, démontre l'existence d'une faible quantité de liquide hématique.

Les urines sont rares, mais ne renferment pas d'albumine.

On porte le diagnostic d'épanchement séro-sanguinolent du côté droit avec insuffisance aortique chez un asystolique.

6 mars. — T : 38.4.

La dyspnée est toujours intense.

La matité semble élevée en arrière et à droite; elle s'étend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Cette zone de matité s'étend sous l'aisselle jusqu'à une ligne horizontale passant sous le mamelon.

Le silence respiratoire est absolu dans toute cette zone de matité.

Les crachats sont moins visqueux, les urines toujours rares.

10 mars. — T : 37.6. L'état général reste le même, mais l'épanchement paraît augmenté. La matité atteint la pointe de l'omoplate. Entre cette zone de matité et celle de l'aisselle, c'est-à-dire près de la ligne axillaire, existe un espace triangulaire, à pointe dirigée en bas et en dehors et d'une largeur de trois travers de doigt, espace dans lequel on retrouve de la sonorité.

Le murmure vésiculaire est très affaibli, et à l'inspiration on entend quelques râles secs superficiels.

14 mars. — Dyspnée intense.

La matité reste la même à droite et en arrière, cependant à l'auscultation on entend des bruits de frottement.

En arrière et à gauche, mais tout à fait à la base, il y a de la matité et quelques râles.

Tout est normal en avant.

Les urines sont plus abondantes et colorées.

17 mars. — T : 38. L'état grave du malade s'étant accentué on dut pratiquer une ponction évacuatrice. On ne put malheureusement retirer que 250 grammes de liquide séro-sanguinolent. Les plaintes du malade étaient telles que malgré toutes les précautions prises on eut peur de blesser le poumon et on préféra cesser la ponction. Il restait encore à ce moment une quantité assez considérable de liquide.

18 mars. — T : 37.6. Le pouls est régulier.

Dans la moitié inférieure du poumon droit et en arrière, on constate de la matité et le silence respiratoire.

Un vésicatoire avait été appliqué quelques jours avant la ponction, au moment où la fièvre était tombée et le liquide commençait à se resorber. On remarque la présence de nombreux petits furoncles dans toute la région dorsale. On ordonne des applications de teinture d'iode et de diachylon sur chacun autant que possible.

23 mars. — Le malade est moins oppressé que les jours précédents. La dyspnée est moins persistante.

Le liquide n'a pas augmenté à droite ; mais en arrière et à gauche, il existe de la matité dans la moitié inférieure du poumon avec absence de la respiration. Cette matité ne tourne pas dans l'aisselle.

L'arythmie est toujours prononcée.

28 mars. — T : 37.5. L'épanchement n'augmente ni d'un côté, ni de l'autre, cependant la dyspnée s'est accentuée.

5 avril. — T : 37. État stationnaire. L'épanchement reste limité à droite à la ligne du mamelon. On entend un bruit de souffle à l'expiration.

8 avril. — A droite la matité s'est élevée de un travers de doigt. Cependant à l'auscultation, la respiration peut être entendue jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de la ligne de matité. Pas de souffle.

A gauche et en arrière, la matité s'étend jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate ; cependant on entend la respiration dans toute cette zone.

Les urines sont plus abondantes.

11 avril. — T : 37.8. L'état général reste toujours le même. La dyspnée reste le symptôme dominant.

A droite, l'épanchement reste stationnaire ; à gauche, il n'y a plus que de la submatité à la base.

21 avril. — T : 37.2. La dyspnée ne quitte pas le malade qui gémit à haute voix dans la salle.

L'épanchement a cependant un peu diminué.

Les urines sont rares.

On remet le malade à la digitale et au lait.

25 avril. — Dyspnée.

L'anasarque s'est généralisé et s'est accentué aux membres inférieurs.

La matité s'élève jusqu'à la pointe de l'omoplate et dans l'aisselle jusqu'à deux travers de doigt du sommet. Elle remonte en avant jusqu'au troisième espace intercostal.

La limite inférieure de la matité hépatique s'est abaissée jusqu'au niveau de l'omilic.

28 avril. — Devant l'intensité de la dyspnée qui l'accable et lui enlève tout repos le malade consent à se laisser ponctionner. Avant de faire pénétrer l'aiguille aspiratrice on insensibilisa la région au moyen de pulvérisation de chlorure de méthyle. On fut souvent obligé d'interrompre l'évacuation à cause des violentes quintes de toux qui secouaient le malade; une blessure au poumon pouvait être à craindre, aussi on ne pratiqua la ponction que pendant les périodes d'apnée. Celles-ci, brèves au début, augmentèrent peu à peu de durée à mesure que la quantité de liquide évacué devenait plus considérable. On parvint ainsi à retirer de la plèvre 1100 grammes de liquide séro-fibrineux, fortement ambré et dont la densité était de 1012.

Après cette ponction, la matité était descendue à quatre travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate.

18 mai. — T : 38. L'épanchement ayant augmenté, on fait à droite une ponction évacuatrice. On retire 1400 grammes de liquide citrin, se coagulant rapidement et d'une densité de 1011.

24 mai. — T : 37. Le malade est moins oppressé depuis la dernière ponction. La matité reste limitée à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate. Silence respiratoire dans la zone de matité.

L'état asystolique reste très prononcé.

OBSERVATION III (personnelle).

Pleurésie séro-fibrineuse double. — Mort. — Autopsie.

Le nommé G..., Pierre, âgé de 78 ans, entre à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, le 16 mai 1898, salle Bernard, n° 15, dans le service de M. le docteur Gombault.

Les renseignements fournis par sa surveillante portent que depuis un mois il est plus malade, qu'il a perdu la raison et que la nuit il se sauve dans les jardins.

A la visite du 18 mai, on constate l'état suivant : T : 37.7.

Le malade est délirant, mais ce délire est tranquille. Il ne sait où il est et répond à peine aux questions qu'on lui pose, sans cependant être dans le coma.

Il y a un grand affaiblissement général, et il serait difficile à ce malade de se tenir sur ses jambes, bien qu'il n'y ait pas de paralysie véritable.

La langue est sèche, la face pâle, les extrémités supérieures cyanosées. Un œdème mou, peu considérable, occupe les jambes et les pieds.

Le pouls est régulier, assez accéléré et faible.

On ne note au niveau du cœur qu'un certain éloignement des bruits mais pas de souffle.

A l'examen de la poitrine, on trouve à gauche de la matité absolue depuis la base jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. A ce niveau on entend un souffle rude, presque tubaire sans mélanges de râles. Il est impossible d'examiner les modifications de la transmission vocale, puisqu'on ne peut pas le faire parler.

Dans la partie supérieure, on entend le murmure vésiculaire sans mélange de râles et sans modifications.

A droite et toujours en arrière, on trouve de la matité à la base, remontant peut-être un peu moins haut qu'à gauche, mais très étendue cependant.

Dans les limites de la matité, absence de murmure vésiculaire, mais râles très nombreux, bullaires, de variété sous-crépitante.

Au-dessus, toujours à droite, les râles sont plus abondants encore, mais il n'y a pas de souffle.

En avant, sous les deux clavicules, sonorité normale et murmure vésiculaire à peu près pur, plutôt affaibli.

Une ponction exploratrice, faite à gauche, donne un liquide qui se coagule. La densité de ce liquide est de 1,012.

Une ponction exploratrice, faite à droite, donne issue à un liquide de mêmes qualités, comme coagulation rapide, comme nature de caillot.

Pour obtenir ce liquide, il a fallu d'abord retirer l'aiguille obstruée

par un caillot dû au liquide de la plèvre gauche, formé dans l'espace d'un quart d'heure.

Le malade est mort dans la nuit. T.: 39.7.

Autopsie.

Poumon droit. — Le lobe supérieur est recouvert tout entier par une symphyse pleurale (moins une languette à la partie antérieure de ce lobe, celle-ci se prolonge sur le lobe moyen) le lobe inférieur est à peu près entièrement libre d'adhérences.

Dans la plèvre droite, beaucoup de liquide.

Hépatisation lobaire de tout le lobe supérieur qui est grenu, friable de teinte jaune, rougeâtre.

Le lobe inférieur présente les lésions de l'atélectasie par compression. Il est sec, dur, ridé. Sur la face diaphragmatique de ce lobe, se trouve une plaque de néo-membranes courtes et molles, assez vasculaires, large comme deux pièces de cinq francs; mais le décollement s'est opéré assez facilement.

Poumon gauche. — Dans la plèvre gauche, moins de liquide qu'à droite, mais pas d'adhérences. Tout le poumon présente des lésions d'atélectasie, il est aplati en galette, sec, ridé et ne crépite pas.

Cœur. — Sérosité dans la péricarde. Myocarde pâle, avec en avant, près de la cloison, une grande plaque de sclérose et sur le bord gauche, une autre plus grande encore.

Le cœur est gros. P : 600 grammes. La cavité du ventricule est dilatée, celle du droit l'est moins. La valvule tricuspide est un peu opaque, l'aorte est souple, non athéromateuse, ses valvules sont longues et saines, la mitrale est légèrement athéromateuse.

Les orifices des coronaires sont larges et perméables.

En somme, c'est surtout de la myocardite scléreuse.

Foie. — P : 1,230 grammes. Mou, déformé, ne présentant rien de particulier et n'étant pas actuellement congestionné.

Reins. — Rein droit. P : 145 grammes.

Rein gauche. P : 190 grammes.

Le rein droit est congestionné. On voit des arborisations vasculaires nombreuses sur les calices et les bassinets qui sont dilatés.

Adipose centrale notable, notable diminution de substance corticale, aspect granuleux. Décortication difficile.

Le rein gauche est moins petit que le droit. Il présente moins de dilatation et pas de rougeur du bassinet. Même réduction de substance corticale. Décortication difficile. Rein granuleux.

Rate. — P : 110 grammes. Moyen volume.

OBSERVATION IV (personnelle).

Pleurésie sero-fibrineuse du côté gauche. — Diabète. — Thoracentèse. Albuminurie. — Liquide sero-fibrineux et accidentellement hémorrhagique. — Amélioration.

Le nommé C..., Jean, peintre en bâtiments, âgé de 61 ans, entre à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, le 16 février 1898, dans le service de M. le docteur Gombault, salle Bernard, n° 2.

Les antécédents héréditaires de ce malade sont nuls. Parents morts âgés.

Ses antécédents personnels sont plus intéressants : typhus à 20 ans. Dyssenterie à 40 ans. En 1889, fracture de la jambe gauche au tiers inférieur. Mal perforant plantaire du même côté. Attaques successives de rhumatismes. Depuis son séjour à l'hospice d'Ivry, il est entré plusieurs fois à l'infirmerie, étant atteint de diabète glycosurique.

Le 6 janvier 1894, il entre à l'infirmerie se plaignant de constipation et de mauvaises digestions. L'examen de ses urines révèle la présence d'albumine et d'une grande quantité de sucre. La densité est de 1,024. Il sort le 16 janvier 1894.

Il revient à l'infirmerie pour les mêmes raisons, le 13 septembre 1897. Il se plaint en outre de diarrhée, d'inappétence et d'insomnie. Il sort le 3 octobre 1896.

Le 15 mai 1897, il a de l'œdème des membres inférieurs. On pratique l'examen des urines. Résultats : quantité d'urines en 24 heures, deux litres et demi. Albumine : 3 gr. 80 par litre ou 8 gr. 56 en 24 heures. Sucre : 5 gr. 14 par litre ou 15 gr. 36 par 24 heures. Sorti le 14 juin.

Le 20 octobre 1897, il souffre de dyspnée. L'œdème occupe surtout les membres inférieurs. On trouve de l'albumine dans les urines, mais pas de sucre. La température est à 37.4. A la base du poumon gauche,

on constate de la matité, l'absence de vibrations thoraciques, mais on entend le murmure vésiculaire très affaibli, des râles et des frottements. La présence d'un épanchement est néanmoins établie par une ponction exploratrice ramenant du liquide citrin. Cette pleurésie dure environ six semaines et le malade quitte l'infirmerie le 26 novembre 1897.

Le 7 décembre 1897, nouvelle attaque d'asystolie. L'albumine est en grande quantité dans les urines, mais il n'y a pas de sucre.

16 février 1898. — Le malade se plaint de dyspnée, et d'insomnie.

Il y a huit jours, il a ressenti quelques frissons se renouvelant pendant trois jours, entre midi et trois heures et durant pendant deux heures environ; de plus, il accusait une douleur vague dans le côté gauche de la poitrine. La température n'avait pas dépassé 38. Ce matin elle est à 37.

A l'examen de la poitrine, on remarque en arrière : diminution de la sonorité à droite et matité absolue à gauche. Cette matité s'étend jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la pointe de l'omoplate et se prolonge dans la ligne axillaire.

A droite, il y a de la broncho-égophonie.

A gauche, le murmure respiratoire a disparu jusqu'à la limite de l'épanchement. On entend quelques frottements disséminés et des râles secs à l'inspiration.

Les vibrations thoraciques sont abolies à gauche et conservées à droite.

En avant :

L'espace de Traube est sonore.

La sonorité est exagérée sous la clavicule gauche, mais la résistance au doigt est moindre que du côté droit.

Le cœur est gros. La pointe bat en dehors du mamelon. Les bruits sont sourds, cependant on entend un bruit de galop très net avec dédoublement du second bruit et dont le maximum d'intensité est en arrière du sternum. Pas de souffle d'insuffisance.

Le pouls est faible, régulier.

Le foie est augmenté de volume et peu douloureux à la pression.

Les urines sont abondantes et renferment une grande quantité d'albumine.

L'œdème reste limité aux membres inférieurs.

Le diagnostic d'un épanchement pleural gauche chez un brightique s'impose. Il est confirmé par une ponction exploratrice. Le liquide est séro-fibrineux et citrin.

Le 18 février. — Le malade est de plus en plus oppressé. L'épanchement ayant augmenté, on fait la thoracentèse. Lorsqu'on introduit l'aiguille aspiratrice de l'appareil Potain, on sent une certaine résistance due, sans doute, à un épaississement de la plèvre. Mais l'appareil fonctionne mal et l'issue du liquide se fait goutte à goutte. On est obligé de cesser la ponction après avoir retiré 150 grammes de liquide citrin clair, se coagulant trois heures après sa sortie.

Le niveau de l'épanchement s'est abaissé de trois travers de doigt.

19 février. — L'oppression continue et le malade accuse un point de côté très douloureux à gauche sous le mamelon. La température reste à 37.5.

Les signes stéthoscopiques n'ont pas varié et la matité s'étend jusqu'à la pointe de l'omoplate et dans l'aisselle.

On pratique la thoracentèse.

On retire 750 grammes de liquide hémorrhagique assez fortement coloré en rouge.

On peut entendre maintenant la respiration jusqu'à cinq travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate.

19 février. — Pas d'élévation de la température (37.6). Le malade est moins oppressé. Il a de la polyurie. Cependant l'épanchement n'a pas rétrocedé pendant les jours suivants et le 24 février, on constate à gauche et en arrière que la matité remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate. Elle est absolue dans le tiers inférieur. Résistance au doigt des deux côtés. Matité dans la ligne axillaire, mais dans le creux de l'aisselle on retrouve la sonorité. On entend la respiration jusqu'à la pointe de l'omoplate; au-dessous le silence respiratoire est absolu.

5 mars. — La température est toujours peu élevée (38); cependant le malade accuse plus d'oppression, une grande faiblesse et se plaint d'insomnie. La percussion donne, à gauche et en arrière, de la matité jusqu'à la pointe de l'omoplate; l'auscultation révèle l'absence du murmure vésiculaire, la présence d'un souffle léger et de l'égophonie.

Il n'y a pas de matité dans l'aisselle, mais l'espace semi-lunaire est mat.

L'épanchement augmente. Les urines deviennent rares et l'œdème des membres inférieurs est plus marqué à droite qu'à gauche.

8 mars. — Les symptômes fonctionnels sont toujours peu marqués, mais les signes physiques dénotent l'augmentation de l'épanchement. En avant et à gauche, la matité s'arrête à deux travers de doigt au-dessus du mamelon. On n'entend pas la respiration. Les bruits du cœur sont sourds, mais on sent l'impulsion cardiaque. Il est permis de penser qu'il n'y a pas d'épanchement de péricardite.

La matité est moindre en arrière de la ligne mammaire et on ne la retrouve plus dans l'aisselle.

Dans la région sous-claviculaire il n'y a pas de skodisme et contrairement à ce que l'on trouve d'ordinaire dans ces cas, le son est plus grave de ce côté que du côté droit.

La ligne horizontale de matité ne change pas lorsqu'on percute le malade assis ou couché.

En arrière et à gauche, la matité est absolue jusqu'à la pointe de l'omoplate.

Le murmure vésiculaire est si affaibli que l'on peut dire qu'il n'existe pas.

Les urines sont plus abondantes.

10 mars. — Le malade est moins oppressé et respire plus facilement, cependant l'épanchement augmente encore. La matité existe maintenant dans l'aisselle et remonte en avant jusqu'au troisième espace intercostal gauche. En arrière, les signes restent les mêmes, on entend quelques râles disséminés à gauche. A droite, la respiration est soufflante.

L'état général se modifie peu. La langue est sale. Le pouls régulier. La température à 37.2. Les urines sont peu colorées mais abondantes. Il n'y a pas d'ascite et l'œdème des membres inférieurs a presque disparu.

12 mars. — L'état reste stationnaire.

14 mars. — En avant et dans l'aisselle, la matité est moins absolue. L'espace de Traube est sonore. En arrière et à gauche, la matité reste la même, mais on entend la respiration jusqu'à trois travers de doigt

au-dessous de l'épine de l'omoplate et au-dessous du souffle. Cette matité paraît donc plutôt due à un épaississement de la plèvre qu'au liquide épanché.

Le pouls est régulier.

L'épanchement est en voie de régression.

26 mars. — Pendant ces derniers jours, l'état du malade s'est amélioré. La dyspnée et l'oppression ont disparu. Il ne se plaint que de faiblesse dans les jambes et d'insomnie. Le pouls est régulier. Il n'y a pas de fièvre et plus d'œdème des membres inférieurs. Les urines sont abondantes.

Les signes physiques ont cependant peu changé.

1^{er} avril. — Par mesure disciplinaire le malade quitte l'infirmerie.

OBSERVATION V (personnelle).

Pleurésie du côté droit. — Asystolie. — Mort. — Autopsie.

Le nommé P..., 74 ans, entre, le 20 février 1898, à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, salle Bernard, n° 26, dans le service du docteur Gombault.

A. H. — Nuls.

A. P. — D'une maladie faite à l'hôpital militaire de Lyon, il rapporte un seul symptôme ; le point de côté, et le traitement à savoir : saignée et sangsues. — En 1865, il a été obligé de s'aliter pendant trois mois pour des douleurs rhumatismales interscapulaires. — Ulcère variqueux au tiers inférieur de la jambe gauche.

22 février. — Le malade est très oppressé depuis trois semaines. Il n'a eu ni frissons, ni point de côté et se plaint seulement d'un mal de tête très violent. — La toux est fréquente, l'expectoration abondante et visqueuse.

L'examen est rendu difficile par l'état de prostration du malade. On constate, cependant, en arrière et à droite, une zone de matité à la base du poumon, et de la largeur d'une main. Il n'y a pas de matité dans l'aisselle. Une ponction exploratrice, pratiquée dans la zone mate, ramène du liquide hématique.

On constate, en outre, les symptômes d'une péricardite.

23 février. — Le malade paraissait moins oppressé dans la soirée du 22, mais, le matin, s'étant levé, il a perdu connaissance et est tombé.

En le mettant dans son lit, on a constaté qu'il était atteint d'une hémiplegie gauche. — Le bras retombait inerte, tandis que la jambe paraissait rigide. A la visite, le malade est dans le coma complet. La face est pâle, tournée vers la droite, le membre inférieur gauche inerte. Le membre supérieur retombe quand on le soulève, mais la main et l'avant-bras exécutent encore quelques mouvements.

Le malade meurt à midi, dans le même état.

Autopsie. — Les deux plèvres ne contiennent pas de liquide, mais de nombreuses adhérences les retiennent à la paroi costale.

Le poumon est très œdemateux, surtout au sommet. Le tiers inférieur forme un bloc compact, siège d'une congestion intense.

Le poumon gauche est complètement entouré par la plèvre pariétale, adhérente à la plèvre costale. Il n'y a pas de cloisonnements. Les deux plèvres sont minces, mais, cependant, plus épaisses au niveau du sommet. Au sommet les adhérences sont celluleuses. Au niveau du lobe inférieur, les deux surfaces de la plèvre sont séparées par une substance gélatineuse.

Cœur. — Dans le péricarde, on trouve une certaine quantité de liquide (250 gr. environ) citrin. Le poids du cœur est de 580 grammes. Il est volumineux, il n'est pas décoloré et ne renferme pas de traces de sclérose. Les cavités sont dilatées, surtout l'oreillette droite. Au niveau de la cloison, la paroi mesure presque trois centimètres d'épaisseur.

La crosse de l'aorte est dilatée au niveau des tissns, mais l'orifice est sain et les valvules suffisantes.

Foie. — 1.040 grammes. — Le foie est petit, dur, non déformé, granuleux à la surface et surtout sur les bords. — Il n'y a pas d'ascite.

Rate. — Petite et dure.

Reins. — P. 380 grammes. — Les reins sont granuleux et de moyenne grosseur. Ils sont œdemateux. La décortication est difficile ou impossible. La substance rénale et surtout la substance corticale est très diminuée — les artères sont saillantes.

Cerveau. — La pie-mère est saine et n'est nulle part infiltrée de sérosité. La décortication est facile. Le cerveau, le cervelet et le bulbe, ne renferment aucunes lésions en foyer. Les artères de la base sont atteintes d'artérite noueuse très prononcée. En particulier, les sylviennes à leur origine sont occupées par des plaques épaisses qui proéminent dans la cavité et la réduisent à une fente. Cette fente est, à droite, occupée par un caillot rouge, résistant et adhérent, se prolongeant un peu au-dessus et au-dessous du point rétréci. On doit noter, cependant, qu'au-delà du point rétréci et obstrué, les branches renferment toutes du sang liquide.

OBSERVATION VI (personnelle).

Pleurésie séro-fibrineuse du côté droit. — Asystolie. — Guérison.

La nommée R..., Virginie, institutrice, entre le 5 janvier 1898 à l'hospice d'Ivry, salle Hillairet, n° 26. dans le service de M. le docteur Gombault.

Antécédents héréditaires :

Père mort à 36 ans par accident (?).

Mère morte en couches de son quatrième enfant.

Un frère mort à 3 mois — un autre a été tué par les Indiens — le dernier est mort avec la mère.

Antécédents personnels. — Bien portante jusqu'à 21 ans. A 22 ans chlorose ; à 30 ans, choléra. — Pneumonie à la suite de l'influenza, il y a 5 ans. Elle habite l'hospice depuis deux ans et entre à l'infirmerie 10 février. — T : 37. Ponction exploratrice du côté droit, liquide citrin.

17 février. — Matité jusqu'à la pointe de l'omoplate, à droite, mais qui ne tourne pas dans l'aisselle. Le murmure vésiculaire a disparu, mais on entend un souffle voilé aux deux temps et jusqu'à un travers de doigt au-dessous de la ligne de matité. On entend aussi quelques gros râles superficiels.

Les bruits du cœur sont irréguliers — Arythmie.

L'expectoration est abondante, spumeuse.

Les urines sont rares, mais ne contiennent pas d'albumine.

18 février. — Les signes de l'épanchement n'ont pas changé, mais la malade se plaint de douleurs dans tout le côté droit

19 février. -- Gros râles à droite.

21 février. — A droite, la matité est moins absolue, on rencontre de la sonorité près de la colonne vertébrale et près de la ligne axillaire.

A gauche, on constate de la matité et de la résistance au doigt, jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate.

A l'auscultation, à droite, on entend un souffle tubaire aux deux temps de la respiration.

A gauche : silence respiratoire.

23 février. -- T : 38.

A droite, la matité persiste jusqu'à un travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate, mais on ne la retrouve pas dans la ligne axillaire.

A l'auscultation, on n'entend que de gros ronchus superficiels. La respiration est remplacée par de gros râles, qui ne se déplacent ni n'augmentent lorsqu'on fait tousser le malade.

Une ponction faite à droite, ne ramène que quelques gouttes de liquide hématique.

L'expectoration est abondante et puriforme.

26 février. — T : 38. L'examen des crachats n'a pas fait découvrir l'existence de bacilles.

A droite, on commence à percevoir le murmure respiratoire, on entend des gros râles et des bruits de frottement.

Une ponction exploratrice, à droite, ramène un liquide citrin clair.

Il n'y a pas de skodisme en avant.

28 février. — La malade continue à se plaindre d'une grande faiblesse. L'expectoration est visqueuse et mêlée à quelques crachats sanguinolents.

Les urines sont rares.

10 mars. — La matité persiste à droite, mais, de ce côté, on entend la respiration et des bruits de frottement à la base.

20 mai. — L'état général est aussi satisfaisant que possible et la malade semble guérie de son épanchement.

OBSERVATION VII (personnelle).

Pleurésie sero-fibrineuse double. — Asystolie. — Amélioration.

La nommée B..., âgée de 80 ans, entre le 18 février 1898, à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, salle Duplay, n° 34 dans le service de M. le docteur Gombault.

Antécédents héréditaires.

Père mort à 60 ans d'une maladie de poitrine. — Mère morte à 66 ans. Collatéraux : — Un frère mort à 28 mois. Une sœur morte à 30 ans, d'une maladie de poitrine. Un frère mort à 63 ans.

Son mari est mort d'une attaque d'apoplexie; elle a 4 enfants bien portants âgés de 58, 44 et 30 ans.

Antécédents personnels : pas de maladie antérieure; influenza en décembre 1897.

Elle se dit malade depuis cette époque, et a dû rester couchée, ses jambes ne pouvant la soutenir.

Les téguments sont pâles, légèrement infiltrés. L'œdème est accentué aux malléoles. Elle a perdu l'appétit, mais la soif est vive. Elle a de l'insomnie. L'oppression est faible: elle n'éprouve qu'une sensation de gêne dans toute la poitrine. Elle n'a pas eu de frissons, mais, depuis quatre jours, elle a eu des sueurs abondantes la nuit.

Ni toux, ni expectoration.

En arrière de la poitrine, on trouve de la submatité aux deux bases plus élevée à gauche, où elle s'étend sur une étendue de quatre travers de doigt.

A droite, la matité ne passe pas dans l'aisselle. Dans la zone mate, on entend un souffle dur. Les vibrations thoraciques sont diminuées.

Une ponction exploratrice, atteste la présence d'un liquide citrin clair.

A gauche, la matité est plus élevée, sans passer dans l'aisselle, et en avant. L'espace de Traube est mat.

Le souffle, de ce côté, est plus doux qu'à droite, où il paraît renforcé par l'induration pulmonaire sous-jacente.

Les vibrations thoraciques sont plus affaiblies.

Ponction exploratrice : liquide citrin clair.

On ne retrouve pas de matité dans la région péricordiale, les battements du cœur sont précipités. Il y a de l'arythmie.

Le foie n'est pas augmenté de volume.

A la palpation de l'abdomen, on sent, dans l'hypocondre gauche, quelques bosselures de la grosseur du petit doigt, très mobiles, et fuyant sous le doigt.

Ascite légère.

Les urines sont rares, renferment un peu d'albumine.

22 février. — T : 37.

La malade éprouve plus de douleurs du côté gauche que du côté droit. La soif reste vive ; l'appétit est un peu revenu. La langue est sèche et rôtie. — Le pouls se régularise.

En arrière et à droite, la matité s'élève jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate ; à gauche, jusqu'à un travers de doigt.

Egophonie à gauche, pas de râles.

Les vibrations sont plus abolies qu'à droite.

25 février. — Etat stationnaire ; cependant, à droite, on entend des râles superficiels aux deux temps de la respiration.

8 mars. — T : 37.

L'épanchement diminue à droite ; à gauche, il reste stationnaire. L'état général est le même que les jours précédents.

23 mars. — Etat plus satisfaisant. Soif moins vive. L'œdème et l'oppression ont beaucoup diminué. Les urines sont abondantes et claires.

En arrière et à droite : submatité à la base ; la respiration est entendue dans toute la hauteur du poumon ; elle est soufflante au sommet.

A gauche, la matité occupe la moitié inférieure du poumon.

7 avril. — en arrière et à droite : état normal

A gauche, matité et absence de la respiration dans la moitié inférieure.

Une nouvelle ponction, de ce côté, ramène du liquide citrin très clair

20 avril — L'état de la malade s'est amélioré. Il n'y a plus qu'une zone de matité à la base du poumon gauche.

12 mai. — Albumine en grande quantité dans les urines.

24 mai. — La malade reste à l'infirmerie à cause de son état asthénique

OBSERVATION VIII (personnelle).

Pleurésie sero-fibrineuse du côté droit. — Inoculation du liquide pleurétique au cobaye. — Résultat incertain.

M^{me} P..., âgée de 69 ans, cuisinière, entre le 31 mars 1898 à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, salle Hillairet, n° 9, dans le service de M. le docteur Gombault.

Antécédents héréditaires. — Grand'père paternel, mort à 100 ans. — Grand'mère maternelle, morte à 101 ans. — Père mort à 94 ans d'un accident. — Mère morte à 60 ans (asthénie probable).

Collatéraux. — Trois frères et deux sœurs, tous bien portants.

Antécédents personnels. — Nuls.

La malade, qui a toujours joui d'une bonne santé, rapporte que six semaines avant son entrée, à la suite d'un refroidissement, elle a ressenti, dans le côté, une douleur mal localisée, et que, malgré l'application de ventouses dans le côté droit du dos, la douleur a persisté et la respiration est devenue de jour en jour plus pénible.

Le faciès est décoloré, terreux.

Pendant les trois premiers jours, on ne constate pas de signes d'empyème, mais un foyer de congestion à la base du poumon droit, caractérisé par de la matité, du souffle et des râles; les vibrations thoraciques ne sont pas abolies. — La toux est sèche et il n'y a pas d'expectoration.

3 avril. — La matité et l'oppression ayant augmenté, on fait une ponction exploratrice qui décèle la présence de liquide séro-fibrineux.

Ce liquide est injecté à un cobaye.

Les jours suivants l'état général reste satisfaisant. La température oscille, depuis l'entrée, entre 37.5 et 38.

6 avril. — A droite et en arrière, la matité augmente; on entend, à l'auscultation, des râles ressemblant à des frottements et du souffle.
T : 38. 8.

8 avril. — On entend des râles à l'inspiration.

L'ensemble des symptômes ferait croire aussi bien à un épaississement de la plèvre qu'à un épanchement.

11 avril. — T : 38. 8. — Matité dans les 3/4 inférieurs de la région axillaire. — A droite et en avant, diminution de la respiration et exagération des vibrations thoraciques.

Matité +

Vibrations +

Respiration —

15 avril. — T : 38. 5. Matité et absence de la respiration dans la moitié postérieure du poumon droit. Au-dessus, la respiration est très diminuée, et au sommet, l'expiration est prolongée. La matité reste la même dans l'aisselle où le silence est complet.

Le pouls est régulier.

19 avril. — T : 37. 6. Mêmes signes stéthoscopiques.

Léger nuage d'albumine dans les urines.

21 avril. — T : 38. 5. A droite et en arrière, la matité reste limitée à la pointe de l'omoplate : dans l'aisselle, elle s'étend jusqu'à deux travers de doigt du sommet, et en avant elle remonte jusqu'à la troisième côte.

Le foie n'est pas augmenté de volume, ni douloureux à la pression.

Malgré le volume de l'épanchement, les symptômes fonctionnels sont nuls et la malade, contente de son état de santé, demande à s'en aller.

Résultats obtenus par l'inoculation.

Le cobaye inoculé le 3 avril, est sacrifié le 18 mai.

A l'autopsie, on trouve des nodules blancs dans le foie et la rate.

Il n'existe pas de granulations, ni aucune lésion dans les poumons et le médiastin.

Les nodules du foie et de la rate sont miliaires ou à peu près. Leur centre est jaune et s'énuclée avec facilité. Il se laisse bien étaler sur la lamelle. — La recherche des bacilles de Koch sur lamelles a été négative.

Sur les coupes histologiques du foie et de la rate, on constate que le centre du nodule est occupé par des leucocytes bien colorables et ne se fondant pas les uns dans les autres. Il n'y a pas de matière caséuse.

La périphérie du nodule est constituée par une infiltration leucocytaire dans l'intervalle des éléments préexistants. Le tout s'agence de façon à constituer une zone compacte enkistant le petit abcès central.

Il est donc impossible d'affirmer, par l'examen histologique, qu'il s'agisse en réalité de lésions tuberculeuses.

OBSERVATION IX (personnelle).

Pleurésie du côté gauche. — Thoracénèse. — Asystolie. — Guérison.

Le nommé B..., âgé de 65 ans, entre le 30 janvier 1898, à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, salle Bernard, n° 4, dans le service de M. le docteur Gombault.

Antécédents héréditaires : père mort à 86 ans, d'une congestion cérébrale. — Mère morte à 82 ans (sénilité).

Pas de collatéraux.

Il a un enfant, un garçon âgé de 33 ans, qui a toujours été bien portant.

Antécédents personnels. — A l'âge de 18 ans, il a eu des épistaxis très abondants et survenant presque chaque jour, pendant six mois. En 1850, étant soldat en Crimée, il a eu les fièvres intermittentes; en 1854, au camp de Boulogne, il a eu le scorbut. — Depuis cette époque, sans avoir fait de maladies graves, il a souvent des bronchites l'hiver.

Depuis le 15 novembre 1897, c'est-à-dire six semaines, il était oppressé, toussait et crachait un peu. Cependant, il menait sa vie ordinaire.

Le 15 janvier, en se promenant, il eut froid et fut pris dans la nuit d'accès de suffocation intense avec douleurs vagues dans le flanc gauche; il n'eut ni frissons ni sueurs; il garda la chambre pendant 15 jours, tantôt mieux, tantôt plus mal, ne toussant et ne crachant plus.

Puis, comme l'oppression a augmenté et que l'appétit a disparu, il entre à l'infirmerie.

Les symptômes généraux que présentent ce malade sont presque nuls, et il paraît en bonne santé. Il n'a pas de fièvre et pas d'œdème.

Cependant, à l'examen de la poitrine, on reconnaît les signes d'un

épanchement abondant du côté gauche, et le lendemain on retire de la plèvre 500 grammes de liquide sero-fibrineux.

12 février. — Lorsque nous examinons ce malade, il est beaucoup mieux. La gêne de la respiration a disparu et l'appétit est revenu.

Il n'y a plus de matité à gauche et on entend la respiration dans le poumon de ce côté et quelques frottements.

Rien de spécial au sommet des poumons.

15 février. — Le malade, complètement rétabli, quitte l'infirmerie.

31 mars 1898. — Ce malade rentre à l'infirmerie qu'il avait quittée il y a six semaines.

Depuis son départ il s'est toujours senti oppressé, et, depuis trois jours, la dyspnée est devenue intense. Il n'y a pas d'œdème. Il se plaint d'insomnie, d'un peu de céphalgie, de perte de l'appétit et il éprouve, dans la région précordiale, une douleur qu'il compare à des picotements.

A la base gauche du poumon et en arrière, on constate de la matité sur une faible étendue. On entend un souffle léger accompagné de râles, surtout à l'inspiration.

En avant, la matité semble occuper le cul-de-sac de la plèvre. L'espace de Traube est mat. La région sous-claviculaire sonore.

Du côté du cœur, il y a de l'arythmie.

2 avril. — T : 37. La matité persiste à gauche, mais on entend le murmure respiratoire et quelques râles. L'épanchement paraît peu considérable.

6 avril. — La dyspnée a disparu. Le malade se lève et mange avec assez d'appétit. Les signes de l'épanchement sont nuls.

20 avril. — Le malade quitte l'infirmerie.

OBSERVATION X.

Pleurésie subaigue du côté gauche. — Thoracentèse, — Guérison
(Soc. méd. des hop. 25 mai 1877 (Strauss) observ. résumée).

La nommée H..., âgée de 75 ans, pensionnaire de l'Hospice des Incurables entre à l'infirmerie, salle Ste-Geneviève, n° 18, dans le service de M. Ferrand, suppléé par M. Strauss, le 25 mars 1877.

Elle entre pour un essoufflement datant de huit jours. — Elle a toujours été bien portante.

Elle n'a pas eu de frissons, pas de douleur thoracique; elle eût seulement un mouvement fébrile caractérisé par de l'agitation, de l'insomnie, de l'anorexie et quelques vomissements.

A son entrée, on constate l'état suivant : grande faiblesse générale, facies pâle et anémie, pouls petit, faible, filiforme. T : 38.4. Dyspnée quand la malade se remue, pas de douleur thoracique.

Ampliation du côté gauche du thorax. Matité absolue dans les 2/3 inférieurs du côté gauche. Sous la clavicule du même côté sonorité exagérée presque tympanique. Vibrations thoraciques diminuées dans les zones mates.

Pas de toux, pas d'expectoration.

Le cœur est refoulé vers la région épigastrique. Les bruits sont sourds mais réguliers et sans souffle.

Sécrétion urinaire extrêmement réduite.

La thoracentèse fut pratiquée. Au bout de 8 à 10 minutes, alors que le jet dans l'appareil était encore très vigoureux, la malade éprouva une sensation pénible d'angoisse et de défaillance. Malgré qu'on pût croire qu'il restait encore une certaine quantité de liquide, on termina l'opération.

On avait retiré un litre et demi de liquide séro-fibrineux, sans mélange de sang, ni de pus. Au bout de 10 minutes à peine, le liquide presque tout entier était pris en un coagulum épais, rappelant le caillot de la saignée.

Un quart d'heure après l'opération, la pâleur syncopale de la malade s'était dissipée. Pendant l'opération il n'y eut pas de quinte de toux, et l'expectoration resta nulle.

Prescription. — Potion de Todd 120 grammes. Infusion chaude de café.

Temp. du soir. 38.6. Insomnie.

26 mars. — T. 37.8. Pouls 112. Sueurs abondantes pendant la nuit. La matité occupe la même étendue que la veille, mais elle est moins compacte. Dans les 2/3 supérieurs, le murmure vésiculaire a reparu, mais reste affaibli. Le souffle et l'égophonie continuent à être perçus, mais vers l'angle inférieur de l'omoplate. Le cœur est moins dévié.

Prescription. — Potion de Todd 120 gr. macération d'herbe de digitale 0.50. Lavement purgatif.

28 mars. — Température normale. Pouls à 92. La malade dort et commence à manger. Les signes stéthoscopiques ne se sont pas modifiés. Pour hâter la résolution, un large vésicatoire est appliqué sur le côté gauche de la poitrine et la macération de digitale continuée.

30 mars. — Le murmure vésiculaire a reparu dans toute la hauteur, un peu affaibli à la base.

9 avril. — Les forces sont revenues. La malade se lève. Submatité à la base au poumon gauche. Rien de spécial aux sommets.

15 avril. — La malade peut être considérée comme guérie.

25 mai. — La malade est très alerte. Elle mange et dort très bien, monte et descend les étages sans fatigue.

La guérison est parfaite.

OBSERVATION XI (personnelle)

Hydrothorax unilatéral du côté gauche. — Hémiplegie droite. — Mort.

— Autopsie.

Le nommé R..., ébéniste, 81 ans, entre le 5 février 1898 à l'infirmerie de l'Hospice d'Ivry, salle Bernard, n° 15, dans le service du docteur Gombault.

Il se dit malade depuis quelques jours seulement et se plaint surtout de faiblesse, perte d'appétit, de mal de tête et d'un peu de gêne de respiration; son aspect est profondément cachectique, les téguments sont décolorés; la peau à une teinte jaune caractérisée: au tronc et aux membres inférieurs, elle est le siège d'un œdème surtout marqué au niveau des malléoles.

Les bruits du cœur sont sourds, le pouls régulier. L'examen des poumons ne permet de constater que quelques râles disséminés.

L'urine contient de l'albumine en quantité notable. La température anale est de 37.3.

Pendant les jours suivants, la dyspnée, purement suggestive tout d'abord, devient manifeste et s'accroît.

Le 8 février, on constate des signes d'épanchement dans la plèvre

gauche. Matité absolue à la base et en arrière sur une hauteur de quatre travers de doigt s'étendant en avant un peu dans la ligne axillaire. Silence respiratoire dans la zone mate. Souffle voilé à la limite supérieure de la matité.

Rien d'anormal en avant. Sonorité dans l'espace semi-lunaire de Traube. Absence de skodisme sous la clavicule. Pas de râles en foyer dans le reste de la poitrine.

La température est à 37.2.

10 février. — Etat stationnaire.

Température : 38.2.

12 février. — On constate que pendant la nuit précédente, le malade est devenu hémiplégique à droite, sans que l'on puisse savoir dans quelles conditions est survenue cette hémiplégie. Elle est totale, portant à la fois sur la face, le bras et la jambe. Elle n'est pas tout à fait complète, le membre pouvant encore exécuter quelques mouvements peu étendus. Elle ne s'accompagne ni d'aphasie, ni de troubles marqués de la sensibilité cutanée.

Le malade meurt le 13 février.

14 février. — Autopsie.

Poumon. — La plèvre gauche contient environ un demi-litre de sérosité citrine sans mélange de flocons fibrineux. Sur le feuillet pariétal comme sur le feuillet viscéral, elle est lisse et transparente ; elle n'est recouverte d'aucunes fausses membranes et ne renferme pas de granulations.

Le poumon gauche libre de toute adhérence est à la base en état d'atélectasie par compression. Sa surface est ridée ; le tissu pulmonaire est tassé et sec à la coupe. A la partie moyenne et au sommet, il est œdémateux et la surface de section laisse écouler en abondance un liquide ambré et spumeux. Sur le sommet, on trouve à la surface trois ou quatre dépressions cicatricielles formées par un enfoncement peu profond entouré de plis rayonnés. A ce niveau, le tissu pulmonaire à tous les caractères de la pneumonie ardoisée. Ces noyaux ardoisés pénètrent dans le poumon à un ou deux centimètres de profondeur et ils renferment chacun un certain nombre de nodules arrondis gros comme un grain de chenevis entièrement noir ou bien ayant un centre caséeux.

A droite, la cavité pleurale n'existe plus. Il y a symphyse totale et on a dû décoller la plèvre costale pour enlever le poumon. Les deux feuillets séreux sont peu épais et ne renferment de granulations d'aucune espèce. Ils sont unis par des adhérences celluleuses courtes et assez minces pour se laisser déchirer facilement circonscrivant des aréoles nombreuses et petites à contenu purement séreux.

Le poumon droit est œdémateux comme le poumon gauche avec prédominance au sommet. On n'y trouve pas de foyer pneumonique ; à la partie inférieure du lobe supérieur existe une cicatrice ardoisée sous-pleurale renfermant un nodule caséux. Le noyau dans son ensemble a la grosseur d'une noisette.

Cœur. — Le cœur est volumineux, la paroi du ventricule gauche manifestement épaissie. Les cavités ventriculaires sont dilatées. Le myocarde est plutôt décoloré mais ne renferme pas de plaques scléreuses visibles à l'œil nu. Le péricarde est sain et ne contient pas de liquide.

Foie. — Muscade.

Estomac et intestins. — Ne sont le siège d'aucun néoplasme.

Reins. — Poids : 370 grammes. Le centre de chacun des reins est occupé par une grande quantité de tissu adipeux. La substance corticale plutôt atrophiee est dure, uniformément rouge et se distingue difficilement de la substance tubuleuse également rouge. La décortication est à peu près impossible. La capsule adhère intimement à l'écorce et sa couche profonde ne peut être détachée qu'à l'aide de la pince et par petits lambeaux. Les artères sont peu saillantes.

Cerveau. — Pas de grosses lésions des artères de la base ; œdème piémérien modéré à la convexité sans prédominance locale quelconque. Ventricule légèrement dilaté renfermant une petite quantité de sérosité. Les coupes pratiquées à l'état frais ne permettent de constater l'existence d'aucune lésion en foyer dans les hémisphères, le cervelet, la protubérance et le bulbe. Toutes les artères rencontrées par le couteau sont perméables.

Réflexions. — L'épanchement constaté dans la plèvre gauche ne peut être considéré comme lié à un état inflammatoire de la plèvre. Ceci résulte de l'apyrexie, de l'absence

de point de côté notable, des caractères du liquide qui est purement séreux, de l'absence de vascularisation de dépoli ou de fausses membranes à la surface de la plèvre, enfin de l'intégrité du poumon sous-jacent. Il s'agit donc non d'une pleurésie, mais d'un hydrothorax demeuré unilatéral parce que l'une des plèvres était en symphyse, d'une transsudation séreuse s'affectuant dans la cavité pleurale en même temps et au même titre qu'elle se faisait dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Pour ce motif, l'hémiplégie ne peut être considérée comme étant une hémiplégie pleurétique. Mais il est plus difficile d'en déterminer la cause exacte parce que la survie n'a pas été assez longue pour permettre la constitution d'un foyer de ramollissement, que l'oblitération d'une petite artère peut très bien échapper à un examen même attentif et qu'en conséquence on ne peut pas rejeter absolument l'existence d'une semblable oblitération. Cependant en raison des résultats négatifs fournis par l'autopsie, il est permis de penser qu'il pourrait bien s'agir d'une hémiplégie de cause toxique, urémique dans le cas présent. La lésion des reins est en effet des plus manifestes, attestée par la dureté du tissu et surtout par l'adhérence de la capsule. L'augmentation de poids s'explique en grande partie par l'adipose qui occupe le hile de chacun des reins et surtout par la congestion du tissu propre qui est des plus évidentes.

Lésion rénale, hypertrophie du cœur, asystolie, urémie ayant déterminé, en outre des accidents ordinaires, un hydrothorax et une hémiplégie, tel serait le résumé anatomo-clinique de ce cas.

Il résulte de l'autopsie, qu'on a relevé l'existence de lésions tuberculeuses anciennes dans les lobes supérieurs des deux poumons. Il ne semble pas que ces lésions tuber-

culeuses aient pu jouer un rôle dans le développement de l'épanchement trouvé dans la plèvre gauche, puisqu'il n'existait aucune trace de tuberculose récente sur la plèvre ou dans le poumon de ce côté. Mais il est permis de se demander si la symphyse pleurale droite ne serait pas le reliquat d'une pleurésie tuberculeuse contemporaine des lésions cicatricielles trouvées dans le poumon de ce côté. On ne peut que poser la question en faisant remarquer que si cette symphyse est d'origine tuberculeuse, elle ne présente rien dans ses caractères anatomiques qui vienne relever cette origine et permette de le certifier.

OBSERVATION XII (personnelle).

Pleurésie séro-fibrineuse du côté droit. — Infarctus pulmonaire.

Asystolie. — Guérison.

Le nommé H..., Baptiste, commissionnaire, âgé de 74 ans, entre le 4 novembre 1897, à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, salle Bernard, dans le service de M. le docteur Gombault.

Ce malade ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires.

Ses antécédents personnels sont excellents; il dit n'avoir jamais été malade. Pensionnaire à l'hospice depuis neuf ans, il entre pour la première fois à l'infirmerie.

Au mois d'octobre 1897, en sortant de la bibliothèque de l'hospice il fut pris brusquement d'un accès de suffocation; il dut s'appuyer près du mur pour ne pas tomber. Il ne perdit pas connaissance, et, soutenu par des camarades, il put revenir dans son dortoir et se coucha. Il ne se rappelle pas avoir eu d'expectoration sanglante.

Ce malaise fut de courte durée, car dès le lendemain, il reprenait ses occupations. Cependant, depuis ce moment, il resta oppressé et cette oppression devenait intense lorsqu'il montait les escaliers.

Peu à peu, les jambes enflèrent et ce malade, essoufflé, ne pouvant

plus marcher, se décida à entrer à l'infirmerie. Son état général s'était ainsi aggravé pendant les trois jours qui ont précédé son entrée.

L'appétit avait disparu, la fatigue était extrême, la toux pénible et suivie de crachats peu abondants mais sanguinolents.

9 février. — T : 38. 2. Nous examinons le malade pour la première fois ; nous apprenons qu'il a eu du délire dans la nuit et qu'il a cherché à se lever. A cette agitation a fait place un abattement très grand. Il ne comprend rien. Les téguments sont décolorés. L'anasarque est généralisé, accusé surtout aux membres inférieurs. La respiration est brève, difficile, et l'expectoration composée de crachats hémoptoïques. Les battements du cœur sont tumultueux ; le malade est en état d'asystolie confirmée sous la menace d'asphyxie.

L'examen de la poitrine nous révèle l'existence d'un épanchement pleural à droite.

En arrière et à droite, la zone de matité s'élève jusqu'à la pointe de l'omoplate ; elle occupe également la région postéro-latérale de la poitrine jusqu'à quatre travers de doigt du creux de l'aisselle, c'est-à-dire suivant une ligne horizontale passant sous la pointe de l'omoplate. En avant et sous la clavicule droite la sonorité est exagérée.

En arrière et à droite, les vibrations thoraciques sont abolies dans le tiers inférieur et, à l'auscultation, on entend un bruit de souffle ; le murmure vésiculaire a disparu avec la zone mate. Une ponction exploratrice, pratiquée à cet endroit, révèle l'existence d'un liquide séro-sanguinolent.

Les urines sont rares et contiennent un peu d'albumine.

Une saignée est ordonnée. On retire 200 grammes de sang noir et très épais.

10 février. — T : 37. 4 le matin. — 37. 8 le soir.

Le malade paraît moins oppressé, mais toujours abattu. L'épanchement n'a pas augmenté. Les crachats sont sanguinolents.

13 février. — L'état du malade ne s'améliore pas. T : 37. 6.

Les limites de l'épanchement restent sensiblement les mêmes ; cependant, en arrière et à droite, le long de la colonne vertébrale, l'absence du murmure vésiculaire est absolue ; mais, à mesure que l'on se rapproche de la ligne axillaire, la respiration devient plus perceptible.

Le poulx est à 100, régulier et bondissant.

Les urines sont toujours rares et les crachats sanguinolents.

15 février. — T : 38. 4. Etat stationnaire. Le délire est continu, très accentué la nuit.

Mêmes signes dépanchement.

La quantité des urines a augmenté depuis la veille. Elles sont un peu troubles et peu colorées.

18 février. — T : 37. 3. Le pouls est vibrant. — Oppression. — Délire. — Crachats hémoptoïques.

Les signes stéthoscopiques de l'épanchement sont moins accusés.

Il y a de la polyurie.

19 février. — T : 38. 2. Le pouls est dur, régulier, fréquent.

La prostration est extrême. Le malade a eu du délire toute la nuit.

En arrière et à droite, la matité est moins élevée que les jours précédents et on ne la retrouve plus dans l'aisselle.

A l'auscultation, la respiration est très faible. Il n'y a pas de souffle, mais on perçoit quelques ronchus.

Quantité des urines : 1.500 grammes, elles sont très colorées.

21 février. — T : 37. 6.

Le malade est moins oppressé ; il commence à répondre aux questions qu'on lui pose.

• Les crachats sont peu abondants (3 à 4 par 24 heures), mais restent sanguinolents.

La matité ne remonte qu'à trois travers de doigt. La respiration peut être perçue dans toute la hauteur.

Les urines sont abondantes et colorées.

24 février. — T : 37. 3. L'état général est satisfaisant. L'appétit est revenu. L'œdème et la dyspnée ont disparu. Il n'y a plus qu'une légère submatité à la base droite.

L'expectoration est rare mais toujours teintée de sang. La polyurie continue.

2 mars. — Tous les signes pleurétiques ont disparu, la respiration reste faible à la base droite.

Le malade peut donc être considéré comme guéri de sa pleurésie. Il reste cependant à l'infirmerie pour réparer ses forces.

28 mars. — T : 38. 2. L'amélioration a persisté pendant les jours

précédents mais la veille il a eu froid et pris de malaise, il est rentré se coucher. Il n'a pas eu de frisson. Pendant toute la nuit, une douleur très intense au sommet gauche en arrière, l'a tenu éveillé, puis l'oppression l'a forcé à rester debout. L'expectoration est spumeuse. La percussion et l'auscultation ne signalent rien de particulier.

Pendant les jours suivants, on examine soigneusement le malade.

20 avril. — Le malade complètement rétabli quitte l'infirmerie.

23 mai. — T. 37.5. — Le malade très oppressé, ne pouvant plus monter les deux étages de son dortoir, rentré à l'infirmerie.

Il n'existe pas de signe d'épanchement et l'expectoration est nulle.

OBSERVATION XIII

Pleurésie séro-fibrineuse du côté droit. — Apoplexie pulmonaire. — Mort. — Autopsie : empruntée à la thèse de M. le docteur Forgeot. (Thèse de Doctorat 1885, obs. : IV). (Résumée).

Le nommé X..., 63 ans, maçon, est entré à l'hôpital le 24 avril. Jamais il n'avait été malade mais depuis quelques temps il a des palpitations et de l'oppression.

Au cœur on perçoit un souffle d'insuffisance mitrale et aux poumons quelques râles de bronchite. Le pouls petit est régulier et il n'y a pas d'albumine. Malgré le repos et le traitement les accidents s'aggravent peu à peu jusqu'à la fin de juillet. A ce moment il y a de l'œdème des jambes.

2 août. — Première attaque d'asystolie qui cède en quelques jours à la digitale. Le foie reste augmenté de volume et il y a de l'albumine dans les urines.

26 août. — Nouvelle attaque d'asystolie.

20 septembre. — Hémoptysie pour la première fois. Le malade rend du sang noirâtre et visqueux ne dépassant pas en quantité un verre à liqueur. A l'auscultation du poumon, râles sous-crépitaux. Aucun souffle, pas de matité.

Pendant les jours suivants l'expectoration reste la même et le sang ne disparaît que le 10 octobre. Anasarque généralisé.

8 novembre. — Nouvelle hémoptysie peu abondante, crachats visqueux et noirâtres. Dans les poumons, râles sous-crépitaux : à la base du poumon droit matité, vibrations abolies, aucun souffle.

L'hémoptysie continue les jours suivants et le 28 le malade succombe en rendant une grande quantité de sang.

Autopsie. — Liquide citrin dans la plèvre droite. A la base et dans le lobe moyen du poumon droit noyaux d'hémorrhagie, d'âge et de volume variables, et situés à la périphérie. L'artère pulmonaire est obstruée dans quelques-unes de ses branches par un caillot fibrineux, grisâtre, plus ferme à la périphérie qu'au centre. Aucune plaque athéromateuse sur les parois de cet artère.

Poumon gauche légèrement congestionné à sa partie inférieure sans noyaux d'infiltration.

Cœur. — Oreillette gauche dilatée et hypertrophiée. Insuffisance mitrale et tricuspide. Dans le ventricule, l'oreillette et l'auricule droits, caillots fibrineux grisâtres.

Foie et reins cardiaques.

Réflexions. — Ici encore les funestes conséquences des complications pulmonaires sont manifestes. Ce qu'il y a de particulier c'est qu'il y a eu plusieurs poussées successives d'apoplexie et que la pleurésie qu'on n'avait pas constatée du vivant du malade était probablement masquée par l'intense congestion du poumon.

OBSERVATION XIV.

Épanchement pleurétique. — Imminence de suffocation. — Paracentèse.

— Mort. — Absès du poumon. — Apoplexie pulmonaire. —
(Durand-Fardel, Traité clinique des maladies des vieillards, p. 639,

Une femme âgée de 65 ans, marchande, avait été admise à la Salpêtrière pour une opacité presque complète des cornées avec blépharite chronique. Cette femme portait depuis sa naissance, ou au moins depuis son enfance une ichthyose générale. La peau se détachait partout, même sur la face, en écailles blanches et minces. Elle affirmait n'avoir jamais ressenti la moindre transpiration.

Cette femme admise à l'infirmerie au mois de juillet 1838, avait eu l'hiver précédent un fort rhume, et avait éprouvé des douleurs vers la région précordiale. Depuis trois mois surtout elle avait de l'oppression, des palpitations, un point de côté à droite, s'étendant du sein à la clavicule.

On trouve une matité absolue des deux tiers inférieurs du côté droit en arrière, moindre du côté gauche. Au-dessous des points mats, la respiration s'entendait à peine, mais lorsque la malade respirait fortement, on entendait un peu de souffle mêlé d'un peu de râle rare et très fin, avec résonnance égophonique de la voix. Râle crépitant à droite, à la partie moyenne. La matité du cœur était médiocrement étendue; l'impulsion était très forte et les battements irréguliers. Le pouls était assez dur, sans grande fréquence, irrégulier, l'oppression assez vive. La malade demeurait toujours assise sur son lit. Il y avait eu un peu de dévoisement, actuellement passé. Les jambes et les cuisses étaient très enflées. (Deux vésicatoires sur la poitrine, 15^e centigrammes de gomme-gutte en pilules, par jour).

Au commencement du mois d'août la malade urinait à peine, l'oppression était devenue très vive, l'enflure excessive aux membres inférieurs et aux avant-bras.

Le ventre était très volumineux, les intestins distendus par des gaz, l'épanchement de sérosité peu considérable. Il y avait un peu de toux. Le pouls était assez régulier, peu développé, sans fièvre. (Infusion de digitale, pastilles sucrées, laxatifs).

Il y avait eu un peu de soulagement pendant plusieurs jours; mais le 11 août l'oppression devint excessive, la respiration accélérée; le décubitus était devenu impossible; la malade passait ses nuits à marcher. L'épanchement ne paraissait pas augmenter; le sommet était toujours à peu près intact. Les battements du cœur étaient obscurs, réguliers, le pouls peu fréquent, la figure violacée (large vésicatoire sur le côté droit).

14 août. — Les urines sont complètement supprimées; le cathétérisme n'amène rien de la vessie. (Huile de ricin).

17 août. — Le ventre est plus libre; la malade urine peu, les jours suivants l'oppression et l'anxiété deviennent de nouveau excessives. On n'obtient de selles qu'au moyen de la gomme gutte.

24. août. — La suffocation paraît imminente. M. Cruveilhier se décide à pratiquer l'empyème. Une ponction est pratiquée avec un trochart entre la sixième et la septième côte. Il s'écoule deux litres de sérosité transparente. A mesure que le liquide s'écoule la respiration devient plus libre, plus facile ; à la fin de l'opération il entre de l'air en sifflant dans la poitrine. La canule retirée il reste un véritable pneumo thorax reconnaissable à ses signes ordinaires, mais qui disparaît au bout de deux jours.

Le soulagement procuré par l'opération fut immédiat et prononcé. Il restait toujours un peu de liquide dans la plèvre et de la matité tout à fait à la base : la sonorité était médiocre dans toute la hauteur de ce côté de la poitrine. La respiration était légèrement soufflante mêlée d'un peu de râle sous-crépitant, sans égophonie ; l'anasarque diminue un peu. Une amélioration notable dure cinq ou six jours, puis il revient des alternatives d'oppression et de calme. Quelquefois à la dyspnée s'ajoute de l'exaltation, un peu de loquacité.

Peu à peu l'épanchement redevient ce qu'il était avant l'opération. L'infiltration des membres et du tronc étaient portées à un tel degré, que tout mouvement était devenu impossible, si ce n'est de légers déplacements des bras. Il fallut pratiquer des mouchetures aux membres inférieurs et un écoulement abondant de sérosité soulagea le malade. Il y avait une insomnie complète, une altération habituelle, de l'anorexie. A partir du 7 septembre la dyspnée diminua.

Mais vers le 12 une diarrhée considérable survint, que suivit un affaiblissement profond. Des phlyctènes noirâtres se montraient sur les membres inférieurs. En même temps l'œdème du membre supérieur droit, le plus enflé jusque-là, disparut presque entièrement. Il y avait du délire. La mort arriva le 20 septembre. Pendant les derniers jours de la vie, les crachats étaient mêlés d'une assez grande quantité de sang.

Autopsie. — On trouve un peu de sérosité limpide dans la pie-mère ; le cerveau examiné avec soin ne présente rien de remarquable.

Un litre de sérosité citrine, limpide, est épanché dans la plèvre droite : les deux feuillets de cette membranes sont très épaissis. Le poumon est encore passablement volumineux ; son lobe supérieur

surtout est assez crépitant. Une partie de son lobe inférieur est convertie en un tissu mollaſſe ne contenant pas de liquide, presque pas d'air. Ce lobe inférieur contient plusieurs points d'apoplexie pulmonaire c'est-à-dire plusieurs noyaux durs, très rouges, un peu granuleux friables, bien circonscrits. La muqueuse des bronches est rouge et saine.

Dans la partie inférieure de la plèvre gauche est un épanchement de plusieurs verres de sérosité circonscrit par une large adhérence à la partie moyenne du poumon. Au-dessus de cette adhérence, à la partie moyenne du bord antérieur du poumon gauche, se trouve une cavité allongée de 18 lignes de longueur sur 6 de large, très rapprochée de la superficie du poumon et pleine de pus. Elle est tapissée en dedans par une membrane épaisse et inégale; autour d'elle le tissu pulmonaire est sain et crépitant. Ce poumon est généralement engoué, sans hépatisation nulle part et contient aussi deux ou trois noyaux d'apoplexie pulmonaire. Aucune trace de tubercules anciens ou récents.

Le péricarde renferme un peu de sérosité, le cœur est très volumineux; ses cavités, fort dilatées, sans épaississement de leurs parois contiennent du sang liquide et en caillots. Les orifices sont bien sains, les valvules auriculo-ventriculaires un peu épaissies, dans l'auricule de l'une des oreillettes se trouvent deux petits caillots en forme de poche, contenant un peu de sang liquide.

Sérosité limpide assez abondante dans le péritoine. Rien à noter dans les organes abdominaux.

Le gros intestin présente dans toute son étendue, une rougeur vive irrégulièrement disposée avec appaïssissement et comme boursofflement de la muqueuse.

OBSERVATION XV (personnelle)

Pleurésie du côté gauche au cours d'une pneumonie. — Guérison.

La nommée P..., âgée de 70 ans, entre le 30 janvier 1898, à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, salle Hillairet, n° 4, dans le service de M. le docteur Gombault.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Elle n'a jamais eu de maladies antérieures.

30 janvier. — T : 39.2. Elle se dit malade depuis quelques jours.

Toux, crachats pneumoniques. Souffle.

Diagnostic : Pneumonie gauche.

4 février. —

Du côté où existait la pneumonie, la matité persiste, mais le souffle paraît plus doux, les vibrations thoraciques sont abolies.

Une ponction exploratrice ramène un liquide séro-fibrineux.

Les crachats sont visqueux.

14 février. — Matité et souffle à gauche. Égophonie. Crachats visqueux.

18 février. — L'oppression a diminué. L'œdème de membres inférieurs est plus accentué à gauche qu'à droite.

19 février. — Matité dans le tiers inférieur du poumon gauche, mais on entend le murmure vésiculaire jusqu'à la base. Il n'y a plus d'égophonie, mais plutôt de la bronchophonie.

L'épanchement semble avoir disparu.

25 février. — L'expectoration semble visqueuse, mais l'état général s'est amélioré. On entend toujours un souffle voilé à la pointe de l'omoplate.

1^{er} mars. — État stationnaire. Crachats visqueux. Souffle à gauche.

3 mars. — La matité est moindre, mais on entend toujours le souffle dans une assez grande étendue (10 cent. à partir de la base).

On n'entend pas de râles.

Le pouls est normal. La malade se plaint d'insomnie.

Expectoration un peu visqueuse.

5 mars. — T : 37.5. État stationnaire.

14 mars. — Le souffle semble avoir disparu et on entend des râles très secs près de la colonne vertébrale.

23 mars. — État stationnaire.

Insomnie. Crachats visqueux, etc.

29 mars. — Pas de matité absolue à gauche. Les vibrations thoraciques paraissent diminuées. On entend du souffle à l'expiration, de la pectoriloquie aphone.

L'expectoration est spumeuse, mais il existe aussi des crachats visqueux.

3 avril. — La matité n'est pas absolue et on commence à entendre

à la base gauche le murmure vésiculaire et des râles dans les deux temps de la respiration.

7 avril. — La matité persiste à gauche sur une grande étendue. A la base on entend un souffle expiratoire, à timbre variable et accompagné de râles à l'inspiration.

Il y a un peu de bronchophonie.

L'expectoration est toujours visqueuse.

28 avril. — Les signes d'épanchement ont disparu. L'expectoration reste visqueuse.

23 mai. — La malade reste à l'infirmerie à cause de son grand état de faiblesse. Elle mange bien, mais se plaint d'insomnie..

OBSERVATION XVI

Tuberculose pulmonaire des vieillards (Observ. de thèse de Sancerotte, publiée dans Michel. Th., Paris, 1894).

D. G..., 68 ans, employé à l'usine à gaz, entre à l'hospice Saint-Julien, dans le service de M. Parisot, agrégé, le 15 septembre 1889.

Ce malade a été tailleur pendant onze ans, puis chauffeur à la Compagnie de l'Est.

Pas d'antécédents tuberculeux.

18 novembre. — On constate à droite, de la matité à un travers de doigt au-dessous du mamelon. Cette matité continue au troisième et quatrième espaces et rejoint la matité hépatique. Pas de sueurs. Pas d'œdème. Le thorax globuleux, se soulevant en masse. Respiration normale aux sommets. A droite en avant, on n'entend plus le murmure vésiculaire au-dessous de la ligne de matité.

En arrière, matité à partir de un travers de doigt et demi au dessous de l'angle de l'omoplate; à ce niveau, le murmure vésiculaire n'existe plus, les vibrations thoraciques sont fortement diminuées; pas d'égophonie.

Pas de point de côté; sommeil normal, pouls régulier, égal dur. Artères radiales athéromateuses. Cœur normal.

Autopsie. — Poumon droit. La plèvre du poumon est jusqu'à la base épaissie par des néo-membranes.

A la coupe, la plèvre viscérale mesure un millimètre d'épaisseur à sa partie moyenne. Au sommet droit, tubercules corticaux; cinq d'entre

eux sont ramollis. Lobe supérieur un peu emphysémateux. Les lobes moyens et inférieurs sont carnifiés, sans cependant plonger dans l'eau. La partie moyenne, située sous la plèvre épaissie, est farcie de tubercules. Épaississement de la plèvre au niveau de la partie inférieure du lobe supérieur; à ce niveau, on découvre un lobule caséeux, gros comme un œuf de pigeon.

A la partie postérieure du lobe inférieur quelques points de pneumonie caséeuse.

Au niveau du centre phrénique du diaphragme, il y a un semis tuberculeux.

Sur la surface péritonéale il y a des ganglions engorgés et un semis tuberculeux.

OBSERVATION XVII

Tuberculose pulmonaire des vieillards. — Forme pleurétique (Obs. due à M. Alb. Robin. Michel Th., Paris, 1894).

Mme H..., âgée de 77 ans, entrée le 13 Janvier 1887, salle Léger, n° 5. Prise d'un point de côté sous le sein droit il y a deux mois. Impossible d'avoir d'autres renseignements.

Signes d'épanchement pleurétique dans la moitié inférieure de la plèvre droite. Dyspnée, toux, pas d'expectoration.

17 Janvier. — La dyspnée a diminué.

18 janvier. — Égophonie moins nette, la respiration s'entend jusqu'en bas, quoique affaiblie.

2 février. — On trouve encore les signes d'un épanchement peu abondant dans le tiers inférieur à droite. Malade sujette à des accès de suffocation nocturne. Pas de dyspnée continue. La fièvre est tombée.

1^{er} mars. — La fièvre reparait et atteint chaque soir 38.5 ou 39. Douleur à la toux dans le côté droit.

14 mars. — L'épanchement augmente. La matité occupe de nouveau la moitié inférieur. Abolition complète du murmure vésiculaire et des vibrations.

Pas de souffte ni d'égophonie.

Une ponction, avec la seringue de Pravaz, ramène du liquide citrin.

27 mars. — Fièvre persiste, un peu variable d'un jour à l'autre. L'état général s'affaiblit graduellement.

Accès de délire loquace qui durent des heures.

10 avril. — Liquide stationnaire.

État général mauvais. Incohérence des idées. La langue se sèche.

22 avril. — Douleurs depuis trois semaines au coude gauche. On y trouve une fluctuation très nette. On incise et on tombe sur une surface dénudée appartenant à l'olécrâne. La nature tuberculeuse de cette ostéite est admise sans qu'on lui attribue d'importance.

29 avril. — Température à 39 depuis quelques jours. Malade meurt après avoir craché une petite quantité de sang. Examen bacillaire positif.

Autopsie. — 1^{er} mai. Plèvre droite contient un épanchement séreux très peu abondant, entouré de fausses membranes épaisses qui s'étendent à tout le bord postérieur et à une grande partie des faces externe et inférieure du poumon.

Le lobe supérieur est emphysémateux, le lobe inférieur est aplati par l'épanchement. A la coupe, on trouve dans tout le poumon droit un certain nombre de granulations tuberculeuses miliaires, commençant à devenir jaunes.

Dans le lobe inférieur, au niveau de l'épanchement, il y a deux ou trois foyers caséeux complètement ramollis et de la grosseur d'un pois.

Les tubercules de la base sont plus avancés que ceux du sommet.

Pas de congestion autour de ces tubercules. Pas de granulations dans les fausses membranes pleurétiques.

Poumon gauche. — Plus congestionné et plus ferme que le droit, sauf au niveau de son bord antérieur, emphysémateux. Petits infarctus à la coupe. Tubercules miliaires en voie de caséification bien plus abondants que dans le poumon droit. Il n'en existe pas sous la plèvre. Ganglions du hile petits, non caséeux.

OBSERVATION XVIII.

Pleurésie subaiguë du côté gauche. Mort subite (Negrié.)

De la mort subite dans la pleurésie. (Thèse de Paris, 1864).

A l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Eugénie, n° 11, entre le 14 mars 1863, R..., Jeanne-Julienne, journalière, âgée de 69 ans.

Maigre, affaiblie, peau flasque, ayant joui habituellement d'une bonne santé. Depuis six semaines, douleur dans le côté gauche de la

poitrine avec un peu de toux, d'essoufflement. Diminution de l'appétit et des forces. Depuis huit jours, à la suite d'une course, augmentation notable de ces symptômes; la malade garde le lit, a de la fièvre le soir, et ne dort que d'un sommeil pénible.

État actuel. — Peau chaude, pouls un peu fréquent, douleur de côté. A la base de la poitrine, à gauche, matité, souffle bronchique, égophonie, absence de vibrations thoraciques. Pas de matité en avant. Les battements du cœur sont normaux. Six ventouses scarifiées sont ordonnées.

15 mars. — La douleur a disparu avec la fièvre, la langue a été un peu saburrale. Huile de ricin, 30 grammes. Infusion de digitale.

Le 16 mars. — L'état local est le même. Six ventouses scarifiées.

Le 18 mars. — L'épanchement augmente, il occupe les deux tiers inférieurs. Fièvre légère le soir, un peu d'oppression. Digitale. Vésicatoire.

Le 20 mars. — Il y a de l'essoufflement, matité jusqu'à l'épine de l'omoplate et, en avant, jusqu'à deux travers de doigt, au-dessous de la clavicule. Les battements du cœur se perçoivent près du sternum et la matité précordiale jusqu'à droite. Les bruits du cœur sont normaux, mais un peu tumultueux.

Cet état persiste avec alternative de mieux et de pire jusqu'au 12 avril, l'épanchement a un peu gagné en avant; (Dans cet espace de temps on a continué les diurétiques; application de deux vésicatoires.) On songeait à la thoracentèse et on attendait un symptôme d'oppression plus marqué, lorsque le 12 avril, la malade mourut subitement. Elle parlait quelques minutes auparavant.

Autopsie. — Épanchement simple, considérable, poumon très comprimé. Ce qu'il y a de remarquable, c'est une coque fibreuse très épaisse, organisée, ayant de un à deux millimètres qui enveloppe tout le poumon et le péricarde du côté gauche.

Dans le péricarde, quelques fausses membranes peu épaisses du côté de côté de l'épanchement. Cœur flasque. Caillots mous, noirs dans les cavités et les gros vaisseaux du cœur droit, moulés sur les parties.

OBSERVATION XIX

Cancer primitif de la plèvre (communiquée par M. Lenhartz à la société médicale de Hambourg. Tribune médicale, 19 janvier 1898).

Il s'agit dans ce cas d'une femme de 58 ans qui en novembre 1895, fut prise d'une bronchite aiguë qui guérit, mais en laissant persister un petit épanchement pleural. Cet épanchement, après être resté pendant longtemps stationnaire, augmenta ensuite de volume si bien qu'en décembre 1896, on fit une ponction, et on retira 600 centimètres cubes d'un liquide hémorrhagique, couleur chocolat, dans lequel l'examen microscopique fit constater la présence d'un grand nombre de cellules et d'amas sphériques de granulations graisseuses. Le résultat de cet examen, joint à l'aspect cachectique de la malade fit diagnostiquer un cancer de la plèvre.

La malade continua à se cachectiser ; en juillet 1897, il se développa une série de tumeurs dans l'abdomen. A ce moment on fut amené à faire une nouvelle ponction de la plèvre et on retira 750 centimètres cubes de liquide hémorrhagique. La malade succomba huit jours après cette ponction.

A l'autopsie, on trouva la plèvre gauche considérablement épaissie et contenant environ deux litres de liquide hémorrhagique au milieu duquel flottaient des flocons de fibrine. Après évacuation du liquide, on constate qu'au niveau du cul de sac diaphragmatique la plèvre était couverte d'une série d'excroissances papillaires analogues à des condylômes. Le poumon gauche refoulé par le liquide, était atelectasié et parcouru par des bandes fibreuses. Le poumon droit présentait à sa surface des noyaux blanchâtres. Des noyaux analogues se trouvaient aussi sur le péricarde. Dans la cavité abdominale, le grand épiploon était transformé en une tumeur dure et irrégulière ; des noyaux isolés se trouvaient dans le péritoine. Les autres organes étaient normaux.

L'examen histologique de la plèvre montra qu'elle était parcourue par des cavités et canaux irréguliers tapissés de cellules cubiques plus ou moins plates, qui, par places, avaient tous les caractères des cellules endothéliales. La prolifération de l'endothélium était particulièrement accusée dans la plèvre viscérale et dans les parties adjacentes du poumon. Le grand épiploon et la capsule de la rate présentaient les mêmes lésions que celles de la plèvre.

OBSERVATION XX.

Cancer du poumon, de la plèvre et du cœur. Épanchement pleurétique à droite. (Meunier, Th. Paris, 1861).

Une femme de 62 ans entre le 26 février dernier à l'Hôpital Lariboisière, présentant l'état suivant :

Pâleur de la face, teinte terreuse de la peau, amaigrissement très marqué ; pouls fébrile, mou, petit et très dépressible expectoration de crachats muqueux, teintés de sang. L'anxiété et la gêne de respiration sont extrêmes ; l'orthopnée paraît symptomatique d'un épanchement du côté droit de la poitrine. On constate en effet une matité absolue remontant en arrière jusqu'au milieu de l'omoplate, avec absence de respiration ; au sommet, du souffle caverneux et une résonance égophonique de la voix ; en avant la matité et le silence respiratoire occupent au moins les 2/3 inférieurs de la poitrine. Sous la clavicule, la respiration est soufflante et la sonorité exagérée, skodique avec timbre hydro-aérique. L'examen du poumon gauche et celui du cœur ne révèlent rien d'anormal.

Voici ce qu'apprennent les antécédents de cette malade : depuis trois ou quatre mois, sa santé jusqu'alors très bonne, s'est altérée d'une manière graduelle. Amaigrissement, diminution progressive des forces, toux de plus en plus fréquente, expectoration à plusieurs reprises de crachats sanglants ; tels ont été les principaux symptômes de la première phase de la maladie. Depuis un mois, il est survenu de la dyspnée avec point de côté à droite ; la toux est devenue très pénible et la malade a été obligée d'interrompre ses occupations.

D'après ces commémoratifs et l'état qui vient d'être décrit, on porte le diagnostic suivant ; épanchement dans la plèvre droite, tuberculisation probable.

Le 1^{er} mars, l'orthopnée est extrême. On pratique la thoracentèse qui donne issue à deux litres et demi de liquide composé de sang presque pur, dont le crûor se coagule en un caillot volumineux et de même consistance que celui que fournirait une saignée. Aussitôt après l'évacuation du liquide, on constata la réapparition du murmure respiratoire dans la plus grande partie du poumon et la disparition du souffle

caverneux perçu pendant les jours précédents. L'amélioration fut très passagère, l'épanchement se reproduisit rapidement.

Le 9 il y eut expectoration d'un fragment de matière solide, rougeâtre, ressemblant assez à un caillot sanguin.

Dans la soirée du même jour, la menace de suffocation obligea de nouveau à ponctionner la poitrine. Comme le premier jour le liquide était sanglant et s'écoula à peu près en même quantité; l'affaiblissement successif de la malade fit encore des progrès pendant les jours suivants, et la mort eut lieu le 18 mars.

Autopsie. — L'autopsie fit constater ce qui suit : la cavité de la plèvre droite contenait, avec environ un litre et demi de liquide rougeâtre, de volumineux caillots sanguins, d'aspect tout à fait analogue à celui présenté par le liquide retiré de la poitrine pendant la vie, lorsqu'il fut coagulé après quelques heures de repos.

Des adhérences nombreuses vers le sommet unissent les deux feuillets de la plèvre : de petites masses arrondies grosses chacune comme un noyau de cerise, entourées d'ecchymoses et constituées par de la matière cancéreuse, faisaient saillie sur le feuillet pariétal. La plèvre pulmonaire se confondait sur la surface du poumon en un débris cancéreux. De grosses masses cancéreuses avaient envahi une grande partie du parenchyme pulmonaire; la plus volumineuse avait détruit le tissu voisin de la bronche droite. Le poumon gauche contenait dans son lobe inférieur un petit noyau cancéreux non encore ramolli.

Le cancer avait envahi le cœur : la face supérieure et une partie de la face antérieure de l'oreillette gauche étaient transformées en un tissu squirrheux ayant tous les caractères anatomiques et microscopiques du cancer. Les veines pulmonaires droites s'ouvraient chacune par un seul orifice maintenu béant par l'induration cancéreuse des tissus voisins. L'endocarde était lisse et avait été respecté tant dans la cavité de l'oreillette que dans celle du ventricule. Cette intégrité de la membrane interne du cœur démontrait jusqu'à l'évidence que ces débris cancéreux, dont on constatait la présence dans la cavité du ventricule gauche, provenaient d'une source éloignée et avaient dû être rapportés par la circulation. Ces débris facilement reconnaissables à l'œil nu, étaient d'une teinte jaune terne, un peu grisâtres, assez friables; la plu-

part formant de petites masses granulées du volume d'une tête d'épingle. Les uns étaient libres, les autres retenus dans les colonnes charnues du cœur; d'autres enfin, enchassés dans de véritables caillots sanguins, imbriqués eux-mêmes dans les fibres tendineuses de la valvule mitrale.

L'identité de structure entre les débris cancéreux trouvés dans le ventricule gauche et la tumeur du poumon d'une part, et d'autre part l'intégrité de l'endocarde permettent d'établir, ainsi que M. Vidal s'est proposé de le démontrer devant ses collègues, qu'il s'agissait dans l'espèce de fragments apportés par la circulation, de véritables embolies cancéreuses entraînées par les veines pulmonaires.

OBSERVATION XXI

Pleurésie traumatique aiguë du côté gauche. — Amélioration.

(Andral. Clinique médicale. Paris, 1834 p. 422).

Un charretier âgé de 60 ans fit, le 15 avril, une chute dans laquelle le côté gauche du thorax fut surtout compromis; aucune solution de continuité n'eut lieu. Le lendemain, cet homme ressentit de violents frissons, puis une vive douleur immédiatement au-dessous du sein gauche, douleur qui persista les six jours suivants.

Entré à la Charité le 19 avril, le malade avait de la fièvre; la douleur du côté augmentait par la percussion, par la pression intercostale, la toux et les fortes inspirations; il avait une toux fréquente et sèche. La poitrine percutée, résonnait bien partout, le bruit de la respiration s'entendait un peu plus faiblement à gauche qu'à droite. Saignée de douze onces. Le sang présente un large caillot, peu consistant, recouvert d'une couenne mince, verdâtre. Le lendemain, 20 avril, même état; langue rouge, un peu sèche. Deuxième saignée de huit onces, tisanes et lavements émollients; sang formé d'un large caillot sans sérosité, recouvert d'une couenne plus épaisse que le sang de la première saignée; sueurs le soir.

Le 21. — La douleur était moindre, la toux plus rare; la langue avait perdu sa rougeur, la fièvre persistait. Les jours suivants la douleur et tous les signes rationnels de la pleurésie disparurent; cependant, le poulx conservait sa fréquence sans que la peau fut chaude.

Le 25. — On examina la poitrine, on trouva un son mat à gauche latéralement et en arrière ; de ce même côté, le bruit respiratoire était très faible, tandis qu'à droite, il était fort puéril. Il n'y avait ni égophonie, ni aucune modification notable de la voix. Le malade toussait à peine ; il se trouvait très bien, demandait des aliments et se plaignait seulement d'avoir l'haleine un peu courte. Il fallait cependant l'observer avec attention dans ses différents décubitus et dans l'état de mouvement pour constater la gêne de la respiration. Il se couchait de préférence sur le côté gauche (côté malade). L'existence d'un épanchement dans la plèvre nous parut évidente ; un large vésicatoire fut appliqué sur ce côté du thorax.

Du 20 avril au commencement du mois de mai, l'épanchement ne parut ni augmenter ni diminuer. D'ailleurs il n'y avait pas de fièvre et la respiration semblait libre ; le malade voulut quitter l'hôpital.



CONCLUSIONS

On peut rencontrer chez le vieillard toutes les variétés de pleurésie avec épanchements qui ont été décrits chez l'adulte, mais le rapport de fréquence entre ces diverses variétés est ici différent.

Cette différence consiste dans la rareté très grande de la pleurésie purulente et dans une très forte diminution de nombre pour les pleurésies tuberculeuses et aussi pour les pleurésies métapneumoniques bien que la pneumonie frappe très souvent le vieillard.

La forme la plus connue et qui est presque spéciale aux vieillards se caractérise par un épanchement sero-fibrineux occupant un seul ou les deux côtés de la poitrine.

Cet épanchement survient chez des malades atteints d'artério-sclérose, avec hypertrophie du cœur et atrophie rénale, au moment où ces malades sont en imminence ou en état d'asystolie compliquée ou non d'accidents urémiques.

Malgré les circonstances dans lesquelles il se développe, cet épanchement doit être distingué de l'hydrothorax. La densité du liquide 1012 à 1020, sa coagulation rapide après la ponction, la présence d'un exsudat concret à la surface de plèvre, la vascularisation anormale de la séreuse attestent la nature phlegmasique du processus.

Le poumon correspondant à l'épanchement est le plus

souvent le siège de lésions diverses qui peuvent être rangées sous deux chefs : nodules inflammatoires ou infarctus. Il y a lieu de penser que le plus souvent ces lésions pulmonaires sont les premières en date et sont causes de l'épanchement. En conséquence on peut considérer la pleurésie du vieillard comme étant beaucoup plus souvent secondaire que primitive.

Au point de vue des troubles fonctionnels, ces pleurésies se caractérisent par le peu de réaction qu'elles entraînent. Elles sont souvent latentes et doivent être cherchées.

Beaucoup plus souvent que chez l'adulte, l'auscultation fait entendre au niveau de l'épanchement des râles, parfois extrêmement nombreux. La fréquence de cette anomalie est liée sans doute à l'existence d'adhérences anciennes qui sont très fréquentes chez le vieillard.

Le pronostic est habituellement grave, non par le fait de la nature ou de l'abondance de l'épanchement, mais en raison du peu de résistance de l'organisme et de la nature des causes qui prédisposent au développement de cette pleurésie.

Le traitement devra tenir le plus grand compte de ces causes et tendre à restaurer l'énergie du cœur et la perméabilité du rein.

La thoracenthèse reste le moyen de choix pour rendre rapidement l'espace au poumon. Elle est moins souvent que chez l'adulte d'une urgence immédiate parce que le liquide est en général en quantité modérée et que la mort subite du fait de l'épanchement est peu à craindre.

On sera donc conduit à la pratiquer quelquefois à cause de la grande abondance du liquide ou de son augmentation rapide, mais le plus souvent à cause de la persistance de cet épanchement malgré l'emploi des médicaments destinés à en faciliter la résorption.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

